

## **LAPORAN TUGAS AKHIR**

### **ASUHAN KEBIDANAN BERKELANJUTAN PADA NY. D.S DI PUSKESMAS PEMBANTU TENAU TANGGAL 18 FEBRUARI S/D 18 MEI 2019**

Sebagai laporan tugas akhir yang diajukan untuk memenuhi salah satu Syarat Tugas Akhir dalam menyelesaikan Pendidikan D III Kebidanan pada Prodi Kebidanan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang



Oleh :

**CHRISTIANA ROSALIN BOIMAU**  
**NIM : PO.530324014451**

**KEMENTRIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG  
PROGRA STUDI D III KEBIDANAN KUPANG  
2019**

**HALAMAN PERSETUJUAN**

**LAPORAN TUGAS AKHIR  
ASUHAN KEBIDANAN BERKELANJUTAN PADA NY.D.S  
DI PUSKESMAS PEMBANTU TENAU TANGGAL  
18 FEBUARI S/D 18 MEI 2019**

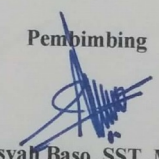
Oleh :

Christiana Rosalin Boimau  
NIM : PO. 530324014 451

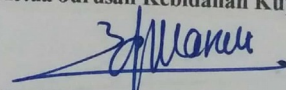
Telah Disetujui untuk Diperiksa dan Dipertahankan Dihadapan Tim Penguji  
Laporan Tugas Akhir Prodi D III Kebidanan Politeknik Kesehatan Kemenkes  
Kupang

Pada Tanggal : 2019

**Pembimbing**

  
Namsyah Baso, SST., M.Keb  
NIP. 19831029 200604 2 014

Mengetahui  
Ketua Jurusan Kebidanan Kupang

  
Dr. Mareta B. Bakoil, SST., MPH  
NIP. 19760310 200012 2 001

**HALAMAN PENGESAHAN**

**LAPORAN TUGAS AKHIR  
ASUHAN KEBIDANAN BERKELANJUTAN PADA NY.D.S  
DI PUSKESMAS PEMBANTU TENAU TANGGAL  
18 FEBRUARI S/D 18 MEI 2019**

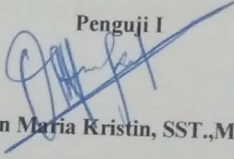
Oleh :

Christiana Rosalin Boimau  
NIM : PO. 530324014 451

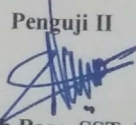
Telah Dipertahankan di hadapan Tim Penguji

Pada Tanggal : 2019

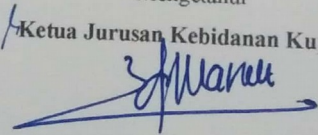
Penguji I

  
Diyan Maria Kristin, SST.,M.Kes

Penguji II

  
Namsyah Baso, SST.,M.Keb  
NIP : 19831029 200604 2 014

Mengetahui

  
Ketua Jurusan Kebidanan Kupang

Dr. Mareta B. Bakoil, SST.,MPH  
NIP. 19760310 200012 2 001

## SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini, saya :

Nama : Christiana Rosalin Boimau  
NIM : PO. 530324014 451  
Jurusan : Kebidanan  
Angkatan : XVIII ( Delapan Belas )  
Jenjang : Diploma III

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan plagiat dalam penulisan Laporan Tugas Akhir Saya yang berjudul :

**“Asuhan Kebidanan Berkelanjutan Pada Ny. D.S Di Puskesmas Pembantu Tenau Tanggal 18 Februari S/D 18 Mei 2019”**

Apabila suatu saat nanti saya terbukti melakukan plagiat, maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Kupang, Maret 2019

Penulis



Christiana Rosalin Boimau  
NIM : PO. 530324014 451

## **RIWAYAT HIDUP**

Nama : Christiana Rosalin Boimau  
Tempat Tanggal Lahir : Lospalos, 26 Maret 1996  
Agama : Katolik  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Alamat : Sikumana

### **Riwayat Pendidikan**

1. Tamat SD Tahun 2008 di SD GMIT 1 SOE
2. Tamat SMP tahun 2011 di SMP Katolik SINT VIANNEY SOE
3. Tamat SMA Tahun 2014 Di SMA Kristen 2 SOE
4. Tahun 2014 sampai sekarang melanjutkan Pendidikan D III Kebidanan di Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

## KATA PENGANTAR

Puji syukur ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa yang telah memberikan berbagai kemudahan, petunjuk serta karuniayang tak terhingga sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir yang berjudul “Asuhan Kebidanan Berkelanjutan Pada Ny.D.S di Pustu Tenau Tanggal 18 Februari s/d 18 Mei 2019” dengan baik dan tepat waktu.

Laporan Tugas Akhir ini penulis susun untuk memenuhi salah satu persyaratan memperoleh gelas Ahli Madya Kebidanan di Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang.

Dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir ini penulis telah mendapat banyak bimbingan dan bantuan dari berbagai pihak. Untuk itu, pada kesempatan ini penulis ingin mengucapkan terimakasih kepada :

1. R. H. Kristina, SKM.,M.Kes selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang.
2. Dr. Mareta B. Bakoil, SST.,MPH selaku Ketua Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang.
3. Diyan M Kristin, SST.,M.Kes selaku penguji I yang telah memberikan masukan, arahan dan bimbingan seta motivasi kepada penulis, sehingga Laporan Tugas Akhir ini dapat terwujud.
4. Namsyah Baso, SST.,M.Keb selaku pembimbing dan penguji II yang telah memberikan bimbingan dan arahan sehingga Laporan Tugas Akhir ini dapat terwujud.
5. Maria Imaculata Pai, Amd.Keb selaku Kepala Pustu Tenau beserta staf yang telah memberikan izin dan membantu dalam praktek Laporan Tugas Akhir ini.
6. Kedua orang tua tercinta Bapak Albert ch Boimau, SST dan Mama Aurita Correia, SST dan ketiga adik tersayang August C. Boimau, Febyola M. Boimau, Antonio Boimau yang telah memberikan perhatian, kasih sayang serta dukungan secara penuh baik secara moril maupun materil serta doa yang tiada terkira dalam penulis menyusun Laporan Tugas Akhir ini.

7. Kepada Suami Tercinta Andreas Tapatab dan kedua buah hati tersayang Nathaligia C. Boimau dan Aurora Adelor Tapatab yang telah setia menemani dengan sabar dalam proses penyusunan Laporan Tugas Akhir ini.
8. Kepada Ny. D.S yang telah bersedia menjadi subyek dalam studi kasus penulis.
9. Seluruh teman-teman mahasiswa angkatan XVIII Jurusan Kebidanan Poltekes Kemenkes Kupang yang telah memberikan dukungan baik berupa motivasi dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir ini.
10. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, yang ikut ambil bagian dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir ini.

Penulis menyadari bahwa dalam Laporan Tugas Akhir ini masih jauh dari kesempurnaan, hal ini karena adanya kekurangan dan keterbatasan kemampuan penulis. Oleh karena itu, segala kritik dan saran yang dapat bersifat membangun sangat penulis harapkan demi kesempurnaan Laporan Tugas Akhir ini.

Kupang, Maret 2019

Penulis



## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
HALAMAN PERNYATAAN	iv
RIWAYAT HIDUP	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR SINGKATAN	xii
ABSTRAK	xv
 BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Perumusan Masalah	6
C. Tujuan	6
D. Manfaat Penelitian	6
E. Keaslian Penelitian	7
 BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
1. Kehamilan	9
2. Persalinan	42
3. Bayi Baru Lahir	82
4. Nifas	105
5. Keluarga Berencana	144
 BAB III METODE LAPORAN KASUS	
A. Jenis Kerangka Kasus	212
B. Lokasi dan Waktu	212
C. Subyek Laporan Kasus	212



D. Instrumen Laporan Kasus	213
E. Teknik Pengumpulan Data	214
F. Keabsahan Data	216
G. Etika Penelitian	216
BAB IV TINJAUAN KASUS	
A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian	218
B. Tinjauan Kasus	218
C. Pembahasan	259
BAB V PENUTUP	
A. Kesimpulan	274
B. Saran	276
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

## **DAFTAR TABEL**

Tabel 2.1 Penambahan Berat Badan Selama Hamil	13
Tabel 2.2 Menu Makan Ibu Hamil	17
Tabel 2.3 Pemberian Vaksin TT pada Ibu Hamil	22
Tabel 2.4 Program dan Kebijakan Masa Nifas	108
Tabel 2.5 Perbedaan Payudara Penuh dan Bengkak	143

## **DAFTAR GAMBAR**

Gambar 2.1	Leopold I	166
Gambar 2.2	Leopold II	167
Gambar 2.3	Leopold III	167
Gambar 2.4	Leopold IV	168

## DAFTAR SINGKATAN

A	: Abortus
AKB	: Angka Kematian Bayi
AKI	: Angka Kematian Ibu
ANC	: Antenatal Care
APN	: Asuhan Persalinan Normal
APGAR	: Appearance, Pulse, Grimace, Activity, Respiration (warna kulit, denyut jantung, respons refleks, tonus otot/keaktifan, dan pernapasan)
ASI	: Air Susu Ibu
BAB	: Buang Air Besar
BAK	: Buang Air Kecil
BB	: Berat Badan
BBL	: Bayi Baru Lahir
BBLR	: Berat Badan Lahir Rendah
BTA	: Basil Tahan Asam
Ca	: <i>Calcium</i>
Cm	: centimeter
Depkes RI	: Departemen Kesehatan Republik Indonesia
Depkes	: Departemen Kesehatan
Dinkes	: Dinas Kesehatan
DJJ	: Denyut Jantung Fetus
DM	: Diabetes Melitus
DPT	: Difteri, Pertusis, Tetanus
DTT	: Desinfeksi Tingkat Tinggi
Fe	: Zat Besi
G	: Gravida
GPAAH	: <i>Gravida, Para</i> , Abortus, Anak Hidup
Gr	: gram
HB	: Haemoglobin

HCL	: Hidrogen Klorida
HPHT	: Hari Pertama Haid Terakhir
HPP	: Hemorrhagia Post Partum
IM	: Intra Muskular
IMD	: Inisiasi Menyusu Dini
IMS	: Infeksi Menular Seksual
ISK	: Infeksi Saluran Kencing
IUFD	: Intra Uterine Fetal Death
J	: Jernih
K1	: Kunjungan ibu hamil pertama kali
K4	: Kunjungan ibu hamil ke empat kali
KB	: Keluarga Berencana
Kemenkes	: Kementrian Kesehatan
KF	: Kunjungan Nifas
KH	: Kelahiran Hidup
KIA	: Kesehatan Ibu dan Anak
KMS	: Kartu Menuju Sehat
KN	: Kunjungan Neonatus
KPD	: Ketuban Pecah Dini
Lila	: Lingkar Lengan Atas
MAL	: Metode Amenorhea Laktasi
MDGs	: Millenium Development Goals
mmHg	: Mili Meter Hidrogirum
NTT	: Nusa Tenggara Timur
P	: Para
P4K	: Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi
PAP	: Pintu Atas Panggul
PD	: Pelindung Diri
PX	: Prosesus Xympoideus
Riskesdas	: Riset Kesehatan Data
SDKI	: Survey Demografi Kesehatan Indonesia

SOAP	: Subyektif, Obyektif, Analisis, Penatalaksanaan
TBC	: Tuberculosis
TD	: Tekanan Darah
TT	: Tetanus Toksoid
U	: Utuh
UK	: Umur Kehamilan
USG	: Ultrasonografi
VTP	: Ventilasi Tekanan Positif

## ABSTRAK

Kementrian Kesehatan RI  
Politeknik Kesehatan  
Kemenkes Kupang  
Jurusan Kebidanan  
Laporan Tugas Akhir  
Mei 2019

**Christiana Rosalin Boimau**

**Asuhan Kebidanan Berkelanjutan Pada Ny.D.S di Puskesmas Pembantu Tenau Tanggal 18 Februari S/D 18 Mei 2019**

**Latar Belakang :** Penyebab langsung (77,2 %) kematian ibu adalah faktor yang berhubungan dengan komplikasi kehamilan, persalinan dan nifas seperti hipertensi dalam kehamilan (HDK) 32,4 %, komplikasi puerperium 30,2 %, perdarahan 20,3 %, lainnya 17,1 %. Penyebab tidak langsung (22,3 %) kematian ibu adalah faktor – faktor yang memperberat keadaan ibu hamil seperti 4T (Empat Terlalu) (terlalu muda, terlalu tua, terlalu sering melahirkan, dan terlalu dekat jarak kelahiran) menurut SDKI 2007 sebanyak 22,5 %, maupun yang mempersulit penanganan kedaruratan khamila, persalinan dan nifas seperti 3T (Tiga Terlambat) (terlambat mengenali tanda bahaya dan mengambil keputusan, terlambat mencapai fasilitas kesehatan dan terlambat dalam penanganan kedaruratan).

**Tujuan Penelitian :** Memberikan asuhan kebidanan berkelanjutan pada Ny.D.S di puskesmas Pembantu Tenau tanggal 18 Februari s/d 18 Mei 2019.

**Metode Penelitian :** Studi kasus menggunakan metode 7 langkah Varney dan metode SOAP melalui wawancara, observasi, pemeriksaan fisik dan studi dokumen.

**Hasil :** Asuhan kebidanan yang dilakukan pada Ny.D.S umur 28 tahun G<sub>3</sub>P<sub>2</sub>A<sub>0</sub>AH<sub>2</sub> usia kehamilan 39 minggu 1 hari, janin hidup tunggal, letak kepala, keadaan ibu dan janin baik terjadi proses peralihan berlangsung normal bayi lahir langsung menangi, warna kulit merah muda, tonus otot baik, frekuensi jantung 140x/menit, Berat Badan : 2.700gram, Panjang Badan : 45 cm, Lngkar Kepala : 28 cm, Lingkar Dada : 29 cm, Lingkar Perut : 27 cm. Masa nifas berlangsung normal, dan dilakukan kunjungan KF1, KF2, KF3 pasca bersalin dan ibu belum mendapat persetujuan dari suami untuk menggunakan alat kontrasepsi.

**Kesimpulan :** Kehamilan aterm, berlangsung normal sampai saat melahirkan bayi sehat, masa nifas berlangsung normal dan dilakukan kunjungan KF1, KF2, dan KF3 pasca bersalin dan ibu belum mendapatkan persetujuan dari suami untuk menggunakan alat kontrasepsi.

**Kata Kunci :** Kehamilan aterm, persalinan normal, Bayi Baru Lahir (BBL), dan nifas normal.

**Kepustakaan :** 30 buah buku.



## BAB I

### PENDAHULUAN

#### A. Latar Belakang

Asuhan kebidanan komprehensif adalah pemeriksaan yang dilakukan secara lengkap dengan adanya pemeriksaan laboratorium sederhana dan konseling. Asuhan kebidanan komprehensif mencakup empat kegiatan pemeriksaan berkesinambungan diantaranya asuhan kebidanan kehamilan (*antenatal care*), asuhan kebidanan persalinan (*intranatal care*), asuhan kebidanan masa nifas (*postnatal care*) dan asuhan kebidanan bayi baru lahir (*neonatal care*). Bidan mempunyai peran yang sangat penting dengan memberikan asuhan kebidanan yang berfokus pada perempuan secara berkelanjutan (*continuity of care*). Bidan memberikan asuhan kebidanan komprehensif, mandiri dan bertanggung jawab, terhadap asuhan yang berkesinambungan sepanjang siklus kehidupan perempuan (Varney, 2010).

Kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan atau 9 bulan menurut kalender internasional. Kehamilan terbagi atas 3 trimester, di mana trimester kesatu berlangsung dalam 12 minggu, trimester kedua 15 minggu, dan trimester ketiga 13 minggu (Sarwono, 2014).

Asuhan kebidanan berkelanjutan adalah pelayanan yang dicapai ketika terjalin hubungan yang terus menerus antara seorang wanita dan bidan. Tujuan asuhan komprehensif yang diberikan yaitu untuk memberikan asuhan kebidanan komprehensif secara intensif kepada ibu selama masa kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir dan keluarga berencana sehingga mencegah agar tidak terjadi komplikasi (Pratami, 2014).

Laporan profil dinas kesehatan kabupaten/kota se-Provinsi NTT menunjukkan kasus kematian ibu pada tahun 2016 meningkat menjadi 182

kasus. AKB mengalami fluktuasi dari tahun 2011-2014, didapatkan data AKB terakhir yaitu pada tahun 2016 menurun menjadi 1091 (Dinkes NTT, 2016). Sekitar 500.000 wanita hamil di dunia menjadi korban proses setiap tahun. Sekitar 4 juta bayi meninggal karena sebagian besar penanganan kehamilan dan persalinan yang kurang bermutu. Sebagian besar kematian ibu dan bayi tersebut terjadi di Negara Berkembang termasuk Indonesia. WHO memperkirakan 15.000 dari sekitar 4,5 juta wanita melahirkan di Indonesia mengalami komplikasi yang menyebabkan kematian (Hidayat, 2010).

AKI dan AKB di Indonesia merupakan salah satu indikator penting untuk menilai kualitas pelayanan kesehatan di suatu wilayah. Menurut definisi WHO (*World Health Organization*) “kematian maternal ialah kematian seorang wanita waktu hamil atau dalam waktu 42 hari sesudah berakhirnya kehamilan oleh sebab apapun, terlepas dari tuanya kehamilan dan tindakan yang dilakukan untuk mengakhiri kehamilan” (Saifuddin, 2014).

Keberhasilan upaya kesehatan ibu, diantaranya dapat dilihat dari indikator AKI. AKI adalah jumlah kematian ibu selama masa kehamilan, persalinan dan nifas yang disebabkan oleh kehamilan, persalinan dan nifas atau pengelolaannya tetapi bukan karena sebab-sebab lain seperti kecelakaan, terjatuh, dan lain-lain di setiap 100.000 KH. Indikator ini tidak mampu menilai program kesehatan ibu, terlebih lagi mampu menilai derajat kesehatan masyarakat, karena sensitifitasnya terhadap perbaikan pelayanan kesehatan, baik dari sisi aksesibilitas maupun kualitas. Lima penyebab kematian ibu terbesar yaitu perdarahan, hipertensi dalam kehamilan (HDK), infeksi, partus lama/macet, dan abortus. Kematian ibu di Indonesia masih didominasi oleh tiga penyebab utama kematian yaitu perdarahan, HDK, dan infeksi. Namun proporsinya telah berubah, dimana perdarahan dan infeksi cenderung mengalami penurunan sedangkan HDK proporsinya semakin meningkat. Lebih dari 25% kematian ibu di Indonesia pada tahun 2013 disebabkan oleh HDK (Kemenkes RI, 2016).

Satu indikator terpenting untuk menilai kualitas pelayanan Salah obstetrik dan ginekologi di suatu wilayah adalah dengan melihat Angka

Kematian Ibu dan Angka Kematian Bayi di wilayah tersebut. Kematian ibu (*maternal death*) menurut WHO adalah kematian selama kehamilan atau dalam periode 42 hari setelah berakhirnya kehamilan, akibat semua sebab atau yang terkait dengan atau diperberat oleh kehamilan atau penanganannya, tetapi bukan disebabkan oleh kecelakaan/cedera. Target *Milenium Development Goals* (MDG's) penurunan angka kematian ibu antara tahun 1990 dan 2015 seharusnya 5,5 persen pertahun, namun angka kematian ibu hingga saat ini masih kurang dari 1 persen pertahun (WHO, 2014).

AKI dan AKB di Indonesia lebih tinggi dibandingkan dengan negara-negara tetangga. Hal ini dikarenakan persalinan masih banyak dilakukan di rumah. Sementara itu, salah satu target MDGs tahun 2015 dalam menurunkan AKI dan AKB menjadi prioritas utama dalam pembangunan kesehatan di Indonesia (Kemenkes, 2015).

Upaya kesehatan ibu bersalin juga dilaksanakan dalam rangka mendorong agar setiap persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih yaitu dokter spesialis kebidanan dan kandungan, dokter umum, dan bidan, serta diupayakan dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan. Pencapaian upaya kesehatan ibu bersalin diukur melalui indikator persentase persalinan ditolong tenaga kesehatan terlatih. Upaya penurunan AKI terus dilakukan melalui program Revolusi KIA (Kesehatan Ibu dan Anak) di Provinsi NTT, yang mendapat perhatian besar dan dukungan Pemerintah serta berbagai pihak seperti AIP-MNH dan GF-ATM. Strategi akselerasi penurunan AKB dan AKI di Provinsi NTT dilaksanakan dengan berpedoman pada poin penting penting Revolusi KIA yakni setiap persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan yang terampil dan dilakukan di fasilitas kesehatan yang memadai. Yang mana capaian indikator antaranya adalah menurunnya peran dukun dalam menolong persalinan atau meningkatkan peran tenaga kesehatan terampil dalam menolong persalinan (Dinkes NTT, 2016).

Faktor yang berkontribusi terhadap kematian ibu secara garis besar dapat dikelompokkan menjadi penyebab langsung dan penyebab tidak langsung. Penyebab kematian langsung kematian pada ibu adalah faktor yang

berhubungan dengan komplikasi kehamilan, persalinan, dan nifas seperti perdarahan, preeklamsi, eklamsi, infeksi, persalinan macet dan abortus. Penyebab tidak langsung kematian ibu adalah kurang energi kronik (KEK) sebesar 37 % dan anemia 40 % (Riskesdas, 2015), faktor-faktor yang memperberat keadaan ibu hamil seperti empat terlalu yaitu terlalu muda < 14 tahun, terlalu tua > 35 tahun, terlalu sering melahirkan  $\geq 4$  dan terlalu dekat jarak-jarak kelahiran < 2 tahun dan yang mempersulit proses penanganan kedaruratan kehamilan, persalinan dan nifas seperti tiga terlambat yaitu: terlambat mengenali tanda bahaya, terlambat mengambil keputusan, terlambat mencapai fasilitas kesehatan dan terambat dalam penanganan kegawatdaruratan (Kemenkes, 2015).

Sebenarnya AKI dan AKB dapat ditekan melalui pelayanan asuhan kebidanan berkelanjutan yang berfokus pada asuhan sayang ibu dan sayang bayi yang sesuai dengan standar pelayanan kebidanan. Melalui asuhan kebidanan berkelanjutan faktor risiko yang terdeteksi saat awal pemeriksaan kehamilan dapat segera ditangani sehingga dapat mengurangi faktor risiko pada saat persalinan, nifas, dan pada bayi baru lahir (BBL), dengan berkurangnya faktor risiko tersebut maka kematian ibu dan bayi dapat dicegah (Kemenkes RI, 2016).

Berdasarkan laporan KIA Puskesmas Pembantu Tenau yang didapatkan penulis, tercatat bahwa AKI di Puskesmas Alak pada tahun 2016 tidak ada, sedangkan AKB di Pustu Tenau pada tahun 2016 sebanyak 7 kasus karena IUFD (*Intra Uterine Fetal Distres*). Jumlah ibu hamil tahun 2016 sebanyak 896 (104,8 %) dengan cakupan K1 896 (104,8 %) dan K4 662 (77,4 %), jumlah ibu hamil yang dirujuk 29 kasus. Jumlah persalinan pada tahun 2016 sebanyak 699 kasus dengan rincian yang ditolong tenaga kesehatan sebanyak 699 kasus (93%) dan yang dirujuk 2 kasus. Kunjungan neonatus diketahui pada tahun 2016 KN 1 sebanyak 715 (100%) dan KN 3 sebanyak 692 (96,6 %) dan KF3 pada tahun 2016 sebanyak 694 (85 %) dari 699 persalinan. Jumlah peserta KB aktif pada tahun 2016 sebanyak 3469 orang dan peserta KB baru pada tahun 2016 sebanyak 460 orang dari total 4605

orang PUS yang ada di Wilayah Puskesmas Alak. AKI di Puskesmas Alak pada tahun 2017 3 kasus , sedangkan AKB di Puskesmas Alak pada tahun 2017 sebanyak 8 kasus karena IUFD (*Intra Uterine Fetal Distres*). Jumlah ibu hamil tahun 2017 sebanyak 873 (102,8 %) dengan cakupan K1 871 (99,8 %) dan K4 636 (72,9 %), jumlah ibu hamil yang dirujuk 30 kasus. Jumlah persalinan pada tahun 2017 sebanyak 833 kasus dengan rincian yang ditolong tenaga kesehatan sebanyak 720 kasus (86,4%) dan yang dirujuk 2 kasus. Kunjungan neonatus diketahui pada tahun 2017 KN 1 sebanyak 717 (90,6%) dan KN 3 sebanyak 592 (74,8 %) dan KF3 pada tahun 2017 sebanyak 600 (72,0 %) dari 833 persalinan. Jumlah peserta KB aktif pada tahun 2017 sebanyak 3279 orang dan peserta KB baru pada tahun 2017 sebanyak 301 orang dari total 4940 orang PUS yang ada di Wilayah Puskesmas Alak.

Berdasarkan data yang didapat di Pustu Tenau pada tahun 2016 yaitu K1 74,39 %, K4 yaitu 21,78%, persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan adalah 80,31% ,kunjungan nifas (KF3) 93.19%, KN1 83,33%, KN lengkap 110,94%.Jadi, dari data pada tahun 2016 dapat dianalisis bahwa terjadi kesenjangan dimana ada beberapa data yang tidak mencapai target yaitu K1,K4,persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan(nakes),dan KN1. Pada tahun 2017 K1 71,48%, K4 79,74%, persalinan di tolong oleh tenaga kesehatan 72,24%, KF3 110%, KN1 85,36%, KN lengkap 108%. Jadi, dari data pada tahun 2017 dapat dianalisis bahwa terjadi kesenjangan dimana ada beberapa data yang tidak mencapai target yaitu K1,K4,persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan (nakes),dan KN1. Pada tahun 2018 K1 70,38%, K4 83,18%, persalinan di tolong oleh tenaga kesehatan (nakes)75,72%, KF3 106,41%, KN1 82,54%, KN lengkap 114,7%. Jadi, dari data pada tahun 2018 dapat dianalisis bahwa terjadi kesenjangan dimana ada beberapa data yang tidak mencapai target yaitu K1,K4,persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan (nakes),dan KN1.

Berdasarkan uraian di atas sehingga penulis tertarik untuk melakukan asuhan kebidanan secara berkelanjutan pada Ny. D.S di Puskesmas Pembantu Tenau Periode 18 Februari sampai 18 Mei 2019.

## **B. Perumusan Masalah**

Berdasarkan uraian latar belakang di atas dapat dirumuskan masalah sebagai berikut: “Bagaimana Penerapan Manajemen Asuhan Kebidanan Berkelanjutan pada Ny. D.S Di Pustu Tenau Periode Tanggal 18 Februari Sampai 18 Mei 2019?”.

## **C. Tujuan Penelitian**

### **1. Tujuan Umum**

Agar mampu menerapkan asuhan kebidanan berkelanjutan pada Ny. D.S di Puskesmas Pembantu Tenau periode tanggal 18 Februari sampai 18 Mei 2019.

### **2. Tujuan Khusus**

Setelah melakukan asuhan kebidanan pada Ny. D.S di Puskesmas Pembantu Tenau di harapkan mahasiswa mampu:

- a. Melakukan asuhan kebidanan kehamilan pada Ny. D.S
- b. Melakukan asuhan kebidanan persalinan pada Ny. D.S
- c. Melakukan asuhan kebidanan nifas pada Ny. D.S
- d. Melakukan asuhan kebidanan pada bayi baru lahir Ny. D.S
- e. Melakukan asuhan kebidanan KB pada Ny. D.S

## **D. Manfaat Penelitian**

### **1. Manfaat Teoritis**

Hasil studi kasus ini dapat dijadikan sumber pengetahuan untuk menambah wawasan tentang studi asuhan kebidanan berkelanjutan pada Ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir dan KB .

### **2. Manfaat Praktis**

#### **a. Bagi Penulis**

Penulis dapat menerapkan teori yang telah diterapkan dibangku kuliah dalam praktek di lahan, dan menambah wawasan pengetahuan serta memperoleh pengalaman secara langsung dalam memberikan asuhan kebidanan berkelanjutan pada ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir, dan KB.

b. Bagi Institusi Jurusan Kebidanan

Laporan studi kasus ini dapat di manfaatkan sebagai referensi dan sumber bacaan tentang asuhan kebidanan berkelanjutan pada ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir, dan KB.

c. Bagi Profesi Bidan di Puskesmas Pembantu Tenau

Sebagai sumbangan teoritis maupun aplikatif bagi profesi bidan dan dimanfaatkan sebagai masukan untuk memberikan asuhan kebidanan pada ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru Lahir dan KB.

d. Bagi Klien dan Masyarakat

Klien maupun masyarakat bisa melakukan deteksi dari asuhan kebidanan berkelanjutan pada ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir, dan KB, sehingga memungkinkan segera mendapat pertolongan.

**E. Keaslian Penelitian**

Studi Kasus terdahulu yang mirip dengan laporan kasus penulis adalah Arnes, 2017 dengan judul “Laporan Asuhan Kebidanan komprehensif pada Ny. E.K G<sub>2</sub>P<sub>1</sub>A<sub>0</sub>AH<sub>1</sub> Tanggal 30 April sampai dengan 19 Juni 2018 di Puskesmas Alak Kota Kupang. Laporan kasus sebelumnya bertujuan untuk meningkatkan pemahaman dan penerapan manajemen asuhan kebidanan secara komprehensif pada Ny.E.K. G<sub>2</sub>P<sub>1</sub>A<sub>0</sub>AH<sub>1</sub> mulai dari kehamilan, persalinan, nifas, dan bayi baru lahir. Laporan kasus menggunakan pendokumentasian manajemen 7 langkah Varney (Pengumpulan data dasar, interpretasi data dasar, mengidentifikasi diagnose atau masalah potensial, mengidentifikasi kebutuhan yang memerlukan penanganan segera, merencanakan asuhan yang menyeluruh, melaksanakan rencana asuhan dan melakukan evaluasi).

Perbedaan yang dilakukan oleh penulis sekarang, tujuan dari laporan kasus adalah untuk meningkatkan pemahaman dengan menerapkan asuhan kebidanan pada ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas dan bayi baru lahir dengan menggunakan metode pendokumentasian manajemen 7 langkah Varney (Pengumpulan data dasar, interpretasi data dasar, mengidentifikasi diagnosa atau masalah potensial, mengidentifikasi kebutuhan yang memerlukan



penanganan segera, merencanakan asuhan yang menyeluruh, melaksanakan rencana asuhan dan melakukan evaluasi), serta pendokumentasian catatan perkembangan SOAP yaitu subyektif, obyektif, analisa masalah atau kebutuhan dan Penatalaksanaan dari masalah dan kebutuhan ibu secara komprehensif. Tanggal dilakukan penelitian oleh penulis terdahulu tanggal 19 April sampai dengan 19 Juni 2018 di Puskesmas Alak Kota Kupang.

## BAB II

### TINJAUAN TEORITIS

#### A. Kehamilan

##### 1. Pengertian

Menurut Federasi Obstetri Ginekologi Internasional, kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan lunar atau 9 bulan menurut kalender internasional (Prawirohardjo, 2014).

Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin, lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir (Saifuddin dalam Rukiyah, dkk, 2009).

Menurut Reece dan Hobbins (dalam Mandriwati, dkk, 2017), kehamilan terjadi ketika seorang wanita melakukan hubungan seksual dengan seorang pria yang mengakibatkan bertemunya sel telur dengan sel mani (sperma) yang disebut pembuahan atau fertilisasi. Pembuahan (fertilisasi) ini terjadi pada ampulla tuba. Pada proses fertilisasi, sel telur dimasuki oleh sperma sehingga terjadi proses interaksi hingga berkembang menjadi embrio dan janin.

Berdasarkan pengertian mengenai kehamilan di atas, maka dapat disimpulkan bahwa kehamilan adalah proses fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dilanjutkan dengan nidasi/implantasi., masa kehamilan berlangsung selama kurang lebih 40 minggu.

##### 2. Tanda-tanda kehamilan

Menurut Sofian (2013), tanda-tanda pasti (positif) hamil adalah:

- a. Gerakan janin yang dapat dilihat atau dirasa atau diraba, juga bagian-bagian janin.
- b. Denyut jantung janin:
  - 1) Didengar dengan *stetoskop monoaural laennec*

2) Dicatat dan didengar dengan alat *doppler*

3) Dicatat dengan *feto-elektrokardiogram*

4) Dilihat pada *ultrasonografi*

c. Terlihat tulang-tulang janin dalam foto rontgen

3. Klasifikasi usia kehamilan

a. Kehamilan Trimester pertama : 0- <14 minggu

b. Kehamilan Trimester kedua : 14- <28 minggu

c. Kehamilan Trimester ketiga : 28-42 minggu

4. Perubahan fisiologis dan psikologis kehamilan trimester III

a. Perubahan Fisiologis Kehamilan Trimester III

Menurut Pantikawati dan Saryono (2012), perubahan fisiologis pada kehamilan Trimester III adalah sebagai berikut:

1) Uterus

Pada trimester III itmus lebih nyata menjadi bagian korpus uteri dan berkembang menjadi segmen bawah rahim (SBR). Pada kehamilan tua karena kontraksi otot-otot bagian uterus, SBR menjadi lebih lebar dan tipis, tampak batas yang nyata antara bagian atas yang lebih tebal dan segmen bawah yang lebih tipis. Batas itu dikenal sebagai lingkaran retraksi fisiologis dinding uterus, di atas lingkaran ini jauh lebih tebal daripada dinding SBR.

a) 28 minggu: fundus uteri terletak kira-kira tiga jari di atas pusat atau 1/3 jarak antara pusat ke prosesus xifoideus (25 cm).

b) 32 minggu: fundus uteri terletak kira-kira antara ½ jarak pusat dan prosesus xifoideus (27 cm).

c) 36 minggu: fundus uteri kira-kira 1 jari di bawah prosesus xifoideus (30 cm).

d) 40 minggu: fundus uteri terletak kira-kira 3 jari di bawah prosesus xifoideus (33 cm).

Setelah minggu ke-28 kontraksi braxton hicks semakin jelas, terutama pada wanita yang langsing. Umumnya akan menghilang bila wanita tersebut melakukan latihan fisik atau berjalan. Pada

minggu-minggu terakhir kehamilan, kontraksi semakin kuat sehingga sulit dibedakan dari kontraksi untuk memenuhi persalinan.

2) Sistem traktus urinarius

Pada akhir kehamilan, kepala janin mulai turun ke pintu atas panggul keluhan sering kencing akan timbul lagi karena kandung kencing akan mulai tertekan kembali. Ketidakmampuan untuk mengendalikan aliran air urin, khususnya akibat desakan yang ditimbulkan oleh peningkatan tekanan *intraabdomen* yang mendadak seperti ketika tertawa atau bersin dapat terjadi menjelang akhir kehamilan. Keadaan ini disebabkan oleh penurunan tonus otot pada dasar panggul akibat hormon progesteron dan peningkatan tekanan akibat penambahan isi uterus (Rukiyah, dkk, 2009).

3) Sistem respirasi

Kehamilan menyebabkan bentuk thoraks berubah namun tidak mengurangi kapasitas paru. Frekuensi respirasi meningkat untuk dapat lebih banyak oksigen yang diperlukan, keadaan ini menimbulkan sedikit hiperventilasi. Adaptasi ventilasi dan struktural selama hamil bertujuan untuk menyediakan kebutuhan ibu dan janin. Kebutuhan oksigen ibu meningkat sebagai respon terhadap percepatan laju metabolik dan peningkatan kebutuhan oksigen jaringan uterus dan payudara (Rukiyah, dkk, 2009).

4) Sistem Metabolisme, Berat badan dan Indeks Masa Tubuh

a) Metabolisme

Laju metabolik basal (Basal Metabolik Rate/BMR) meningkat 15–20% pada akhir kehamilan. Pada metabolisme karbohidrat, kadar gula darah wanita hamil lebih tinggi dari pada keadaan tidak hamil, hal ini mungkin disebabkan oleh insulin yang dihasilkan plasenta. Akibatnya jumlah gula dalam darah maternal meningkat sehingga gula yang banyak ini diteruskan kedalam janin. Pada metabolisme protein, protein cenderung menumpuk selama kehamilan karena kebutuhan

janin dan ibu terhadap pertumbuhan. Protein sangat diperlukan untuk perkembangan badan, alat kandungan, payudara, dan badan ibu, serta persiapan laktasi. Metabolisme lemak juga terjadi yang mana kadar kolesterol meningkat sampai 350 mg per 100 cc. Deposit lemak lainnya dapat terjadi di badan, perut, paha dan lengan.

b) Berat badan dan Indeks Masa Tubuh/IMT

Kenaikan berat badan ibu selama kehamilan merupakan kontribusi yang sangat penting bagi proses dan output persalinan. Sebagian besar penambahan berat badan berasal dari uterus dan isinya. Kemudian payudara, volume darah, dan cairan ekstra seluler. Diperkirakan selama kehamilan BB akan bertambah 12,5 kg. Pada trimester ke-2 dan ke-3, pada perempuan dengan gizi baik dianjurkan menambah berat badan per minggu sebesar 0,4 kg, sementara pada perempuan dengan gizi kurang atau berlebih, dianjurkan menambah berat badan per minggu masing-masing sebesar 0,5 kg dan 0,3 kg (Prawirohardjo, 2014).

*Tabel 2.1*

Penambahan Berat Badan selama Kehamilan

Jaringan dan cairan	10 minggu	20 minggu	30 minggu	40 minggu
Janin	5	300	1500	3400
Plasenta	20	170	430	650
Cairan amnion	30	350	750	800
Uterus	140	320	600	970
Mammae	45	180	360	405
Darah	100	600	1300	1450
Cairan	0	30	80	1480
	310	2050	3480	3345

ekstraselular				
Lemak				
Total	650	4000	8500	12500

*Sumber:* Prawirohardjo, 2014

Kebutuhan peningkatan berat badan untuk setiap wanita berbeda-beda. Faktor yang mempengaruhi besarnya kebutuhan berat badan ditentukan oleh tinggi badan dan berat badan, apakah wanita tersebut memiliki berat badan normal, kurang atau lebih sebelum kehamilan. Metode yang biasa digunakan dalam menentukan kondisi berat badan dan tinggi badan adalah Indeks Masa Tubuh. Formula ini digunakan untuk menghitung indeks masa tubuh adalah berat badan/tinggi badan meter kuadrat ( $m^2$ ).

IMT dapat diinterpretasikan dalam kategori sebagai berikut kurang dari 19,8 adalah berat kurang atau rendah; 19,8 sampai 26,0 adalah normal; 26,0 sampai dengan 29 adalah berat lebih; lebih dari 29 obesitas. Wanita dengan kategori rendah, peningkatan berat badan idealnya saat hamil adalah 12,5 sampai 18 kg sedangkan wanita dengan IMT normal peningkatan berat badan ideal saat hamil adalah 11,5 sampai 16 kg dan untuk wanita dengan lebih IMT kenaikan berat badan yang dianjurkan adalah 7 sampai 11,5 kg (Rukiyah, dkk, 2009).

##### 5) Sistem kardiovaskuler

Perubahan yang terjadi pada jantung yang khas, denyut nadi istirahat meningkat sekitar 10-15 denyut permenit pada kehamilan. Curah jantung selama kehamilan normal menyebabkan arteri dan resistensi menurun sementara volume darah, berat badan ibu, BMR meningkat dan hal ini mempengaruhi curah jantung . Tekanan darah arteri bervariasi sesuai usia dan ada faktor-faktor yang

mempengaruhinya. Faktor-faktor ini meliputi posisi ibu, kecemasan ibu dan ukuran manset. Posisi ibu mempengaruhi hasil karena posisi uterus dapat menghambat aliran balik vena, dengan demikian curah jantung dan tekanan darah menurun. Tekanan darah brakhialis tertinggi saat wanita duduk, terendah saat wanita berbaring pada posisi rekumben lateral kiri, sedangkan pada posisi terlentang, tekanan darah berada di antara kedua posisi tersebut. Oleh karena itu, pada setiap kunjungan, gunakan lengan dan posisi yang sama untuk mengukur tekanan darah.

Sirkulasi darah ibu dalam kehamilan dipengaruhi adanya sirkulasi ke plasenta, uterus yang membesar dengan pembuluh-pembuluh darah yang membesar juga, mammae dan alat lain-lain yang memang berfungsi berlebihan dalam kehamilan. Volume darah ibu dalam kehamilan bertambah secara fisiologik dengan adanya pencairan darah yang disebut hidremia. Volume darah akan bertambah banyak, kira-kira 25%, dengan puncak kehamilan 32 minggu, diikuti dengan *cardiac output* yang meninggi kira-kira 30%. Akibat hemodilusi tersebut, yang mulai jelas timbul pada kehamilan 16 minggu, ibu yang mempunyai penyakit jantung dapat jatuh dalam dekompensasi kordis. Meskipun ada peningkatan dalam volume eritrosit secara keseluruhan tetapi penambahan volume plasma jauh lebih besar, sehingga konsentrasi hemoglobin dalam darah menjadi lebih rendah.

Keadaan ini disebut anemia fisiologis kehamilan. Selama hamil, terjadi percepatan produksi sel darah merah (normal 4-5,5 juta/mm<sup>3</sup>). Presentasi bergantung pada jumlah besi yang tersedia. Masa sel darah merah meningkat 30-33% pada kehamilan aterm, jika ibu mengkonsumsi zat besi. Apabila tidak mengkonsumsi zat besi, hanya meningkat 17% pada beberapa wanita.

Walaupun produksi sel darah merah meningkat, nilai normal haemoglobin (12-16 gr%) dan nilai normal hematokrit (37-47%)



menurun secara menyolok. Curah jantung meningkat dari 30%-50% pada minggu ke-32 gestasi, kemudian menurun sampai sekitar 20% pada minggu ke-40 (Rukiyah, dkk, 2009).

6) Sistem *muskuloskeletal*

Sendi *pelvic* pada saat kehamilan sedikit dapat bergerak. Perubahan tubuh secara bertahap dan peningkatan berat wanita hamil menyebabkan postur dan cara berjalan wanita berubah secara menyolok. Peningkatan distensi abdomen yang membuat panggul miring ke depan, penurunan tonus otot perut dan peningkatan beban berat badan pada akhir kehamilan membutuhkan penyesuaian ulang kurvatura spinalis. Pusat gravitasi wanita bergeser ke depan. Kurva lumbo sacrum normal harus semakin melengkung dan di daerah servikodorsal harus terbentuk kurvatura (fleksio anterior kepala berlebihan) untuk mempertahankan keseimbangan. Payudara yang besar dan posisi bahu yang bungkuk saat berdiri akan semakin membuat kurva punggung dan lumbal menonjol. Pergerakan menjadi lebih sulit. Struktur ligament dan otot tulang belakang bagian tengah dan bawah mendapat tekanan berat. Wanita muda yang cukup berotot dapat mentoleransi perubahan ini tanpa keluhan. Akan tetapi wanita yang tua dapat mengalami gangguan punggung atau nyeri punggung yang cukup berat selama dan segera setelah kehamilan.

Otot dinding perut meregang dan akhirnya kehilangan sedikit tonus otot. Selama trimester III otot rektus abdominis dapat memisah, menyebabkan isis perut menonjol di garis tengah tubuh. Umbilicus menjadi lebih datar atau menonjol. Setelah melahirkan tonus otot secara bertahap kembali, tetapi pemisahan otot (*dilatatio recti abdominis*) menetap.

Hormon progesteron dan hormon relaksin menyebabkan relaksasi jaringan ikat dan otot-otot, hal ini terjadi maksimal pada satu minggu terakhir kehamilan, proses relaksasi ini memberikan

kesempatan pada panggul untuk meningkatkan kapasitasnya sebagai persiapan proses persalinan, tulang pubis melunak menyerupai tulang sendi, sambungan sendi sacrococcygis mengendur membuat tulang coccygis bergeser ke arah belakang sendi panggul yang tidak stabil, pada ibu hamil hal ini menyebabkan sakit pinggang. Postur tubuh wanita secara bertahap mengalami perubahan karena janin membesar dalam abdomen sehingga untuk mengkompensasi penambahan berat ini, bahu lebih tertarik ke belakang dan tulang lebih melengkung, sendi tulang belakang lebih lentur dan dapat menyebabkan nyeri punggung pada beberapa wanita.

*Lordosis progresif* merupakan gambaran yang karakteristik pada kehamilan normal. Untuk mengkompensasi posisi anterior uterus yang semakin membesar, lordosis menggeser pusat gravitasi ke belakang pada tungkai bawah. Mobilitas sendi sakroiliaka, sakrokoksigeal dan sendi pubis bertambah besar dan menyebabkan rasa tidak nyaman di bagian bawah punggung khususnya pada akhir kehamilan. Selama trimester akhir rasa pegal, mati rasa dan lemah dialami oleh anggota badan atas yang disebabkan lordosis yang besar dan fleksi anterior leher dan merosotnya lingkaran bahu yang akan menimbulkan traksi pada nervus ulnaris dan medianus. Ligament retinaculum mengalami hipertropi dan mendapatkan tekanan dari uterus yang mengakibatkan rasa nyeri pada ligament tersebut (Pantikawati dan Saryono, 2012).

5. Kebutuhan dasar ibu hamil trimester III  
a. Nutrisi

Pada saat ini janin mengalami pertumbuhan dan perkembangan yang sangat pesat. Umumnya nafsu makan ibu sangat baik dan ibu sering merasa lapar. Upayakan tetap mengonsumsi sayuran dan buah setiap hari. Bahan makanan sumber zat pembangun dan pengatur perlu diberikan lebih banyak dibanding pada kehamilan triwulan II karena

selain untuk pertumbuhan janin yang sangat pesat juga diperlukan ibu untuk persiapan persalinan dan menyusui. Pada masa ini lambung menjadi sedikit terdesak dan ibu merasa kepenuhan. Karena itu berikan makanan dalam porsi kecil tetapi sering agar zat gizi yang diperlukan ibu dapat dipenuhi. Berikut ini tabel kebutuhan makanan ibu hamil dalam sehari.

*Tabel 2.2*

Menu Makanan Ibu Hamil

Bahan Makanan	Wanita dewasa tidak hamil	Ibu hamil		
		Trimester I	Trimester II	Trimester III
Nasi	3 ½ piring	3 ½	4 piring	3 piring
Ikan	1 ½	piring	2 potong	3 potong
Tempe	potong	1 ½	4 potong	5 potong
Sayuran	3 potong	potong	3	3
	1 ½	3	mangkok	mangkok
Buah	mangkok	potong	2 potong	2 potong
Gula	2 potong	1½	5 sdm	5 sdm
Susu	5 sdm	mangko	1 gelas	1 gelas
Air		k	8 gelas	8 gelas
	8 gelas	2		
		potong		
		5 sdm		
		1 gelas		
		8 gelas		

Gunakan minyak atau santan pada waktu memasak

*Sumber:* Kemenkes, 2012)

b. Oksigen

Kebutuhan oksigen adalah kebutuhan yang utama pada manusia termasuk ibu hamil. Berbagai gangguan pernapasan bisa terjadi pada saat hamil sehingga akan mengganggu pemenuhan kebutuhan oksigen pada ibu yang akan berpengaruh pada bayi yang dikandung. Untuk mencegah hal tersebut dan untuk memenuhi kebutuhan oksigen, maka ibu hamil perlu melakukan: latihan napas melalui senam hamil, tidur dengan bantal yang lebih tinggi, makan tidak terlalu banyak, kurangi atau hentikan merokok dan konsul ke dokter bila ada kelainan atau gangguan pernapasan seperti asma dan lain-lain (Walyani, 2015).

c. *Personal hygiene*

*Personal hygiene* pada ibu hamil adalah kebersihan yang dilakukan oleh ibu hamil untuk mengurangi kemungkinan infeksi, karena badan yang kotor yang banyak mengandung kuman-kuman. Kesehatan pada ibu hamil untuk mendapatkan ibu dan anak yang sehat dilakukan selama ibu dalam keadaan hamil. Hal ini dapat dilakukan diantaranya dengan memperhatikan kebersihan diri (*personal hygiene*) pada ibu hamil itu sendiri, sehingga dapat mengurangi hal-hal yang dapat memberikan efek negatif pada ibu hamil, misalnya pencegahan terhadap infeksi. Ibu hamil dianjurkan untuk mandi sedikitnya dua kali sehari karena ibu hamil cenderung untuk mengeluarkan banyak keringat, menjaga kebersihan diri terutama lipatan kulit (ketiak, bawah buah dada, daerah genitalia) dengan cara dibersihkan dengan air dan dikeringkan. Ibu hamil juga perlu memperhatikan kebersihan gigi dan mulut (Walyani, 2015).

Menurut Mandriwati, dkk (2017), pada masa kehamilan hygiene personal berkaitan dengan perubahan sistem tubuh, yaitu:

- 1) Terjadi peningkatan pH vagina, akibatnya vagina mudah terkena infeksi.
- 2) Peningkatan kadar estrogen menyebabkan peningkatan *fuor albus*.
- 3) Peningkatan sirkulasi perifer menyebabkan peningkatan produksi keringat.
- 4) Ukuran uterus yang membesar menekan kandung kemih sehingga kapasitas uterus menurun dan ibu lebih sering berkemih.

d. *Pakaian*

Pakaian yang dikenakan ibu hamil harus nyaman tanpa sabuk/pita yang menekan di bagian perut/pergelangan tangan, pakaian juga tidak baik terlalu ketat di leher, stoking tungkai yang sering digunakan oleh sebagian wanita tidak dianjurkan karena dapat menghambat sirkulasi darah. Pakaian wanita hamil harus ringan dan menarik karena wanita hamil tubuhnya akan tambah menjadi besar. Sepatu harus terasa pas, enak dan aman, sepatu bertumit tinggi dan berujung lancip tidak baik bagi kaki, khususnya pada saat kehamilan ketika stabilitas tubuh

terganggu dan cedera kaki yang sering terjadi (Rukiyah dalam Walyani, 2015).

e. Eliminasi

Kehamilan trimester III, frekuensi BAK meningkat karena penurunan kepala ke PAP (Pintu Atas Panggul), BAB sering obstipasi (sembelit) karena hormon progesteron meningkat. Keluhan yang sering muncul pada ibu hamil berkaitan dengan eliminasi adalah konstipasi dan sering buang air kemih (Walyani, 2015).

f. Mobilisasi

Aktivitas fisik meningkatkan rasa sejahtera ibu hamil. Aktivitas fisik meningkatkan sirkulasi, membantu relaksasi dan istirahat dan mengatasi kebosanan yang juga dialami oleh wanita tidak hamil. Ibu hamil dianjurkan untuk mempelajari latihan Kegel guna memperkuat otot-otot di sekitar organ reproduksi dan meningkatkan tonus otot. Perubahan fisiologis dan morfologis kehamilan dapat mengganggu kemampuan untuk melakukan aktivitas fisik dengan aman (Mandriwati, dkk, 2017).

g. Body mekanik

Perubahan bentuk tubuh pada wanita hamil trimester III menyebabkan keluhan-keluhan seperti: nyeri punggung. Menurut Mandriwati, dkk (2017), untuk mencegah dan menghilangkan nyeri punggung dianjurkan untuk menggunakan mekanika tubuh yang benar, yakni:

- 1) Gunakan otot-otot kaki untuk menjangkau benda di lantai. Tekuk lutut, bukan punggung. Lutut ditekuk untuk merendahkan tubuh sehingga dapat melakukan posisi jongkok. Kedua kaki terpisah 30-45 cm agar diperoleh fondasi yang tetap untuk mempertahankan keseimbangan.
- 2) Mengangkat dengan satu tungkai. Untuk mengangkat obyek yang berat (anak kecil), satu kaki diletakkan sedikit di depan kaki yang lain dan dipertahankan datar saat wanita merendahkan tubuhnya

pada satu lutut. Ia mengangkat beban dengan memegangnya dekat ke tubuhnya dan jangan sampai lebih tinggi dari dada.

- 3) Untuk berdiri atau duduk, satu kaki diletakkan sedikit di belakang kaki yang lain saat ia bangkit atau menurunkan tubuhnya.

h. Exercise

Ibu hamil dapat melakukan latihan dari intensitas rendah sampai tinggi, yang harus diperhatikan adalah latihan tersebut harus dirancang dengan baik agar memberikan manfaat. Jenis latihan yang boleh dilakukan oleh ibu hamil adalah erobik, berjalan, yoga, berenang dan senam hamil.

Menurut Mandriwati, dkk (2017), manfaat dari senam hamil adalah sebagai berikut:

- 1) Memperkuat dan mempertahankan kelenturan otot-otot dinding perut dan dasar panggul.
- 2) Melatih sikap tubuh yang tepat pada masa kehamilan. Karena adanya perubahan bentuk tubuh, sikap tubuh memang harus diubah untuk meringankan keluhan, seperti sakit pinggang dan punggung.
- 3) Membuat tubuh lebih relaks. Senam hamil dapat membantu mengatasi stres dan rasa sakit akibat proses persalinan.
- 4) Memperbaiki sirkulasi
- 5) Meningkatkan keseimbangan otot-otot.
- 6) Mengurangi bengkak.
- 7) Mengurangi resiko gangguan gastrointerstinal
- 8) Mengurangi kejang kaki.
- 9) Memperkuat otot perut.
- 10) Mempercepat penyembuhan setelah kehamilan.

i. Imunisasi

Imunisasi selama kehamilan sangat penting dilakukan untuk mencegah penyakit yang dapat menyebabkan kematian ibu dan janin. Jenis imunisasi yang diberikan adalah tetanus toxoid (TT) yang dapat mencegah penyakit tetanus. Imunisasi TT pada ibu hamil harus terlebih dahulu ditentukan status kekebalan/ imunisasinya. Ibu hamil yang belum pernah mendapatkan imunisasi maka statusnya T0, jika telah mendapatkan interval 4 minggu atau pada masa balitanya telah memperoleh imunisasi DPT sampai 3 kali maka statusnya TT2, bila telah mendapatkan dosis TT yang ketiga (interval minimal dari dosis

kedua) maka statusnya TT3, status TT4 didapat bila telah mendapatkan 4 dosis (interval minimal 1 tahun dari dosis ketiga) dan status TT5 didapatkan bila 5 dosis telah didapat (interval minimal 1 tahun dari dosis keempat). Ibu hamil dengan status TT4 dapat diberikan sekali suntikan terakhir telah lebih dari setahun dan bagi ibu hamil dengan status TT5 tidak perlu disuntik TT karena telah mendapatkan kekebalan seumur hidup/25 tahun.

*Tabel 2.3*

Pemberian Vaksin TT untuk Ibu Hamil

Pernah	Pemberian dan Selang Waktu Minimal
1 kali	TT2, 4 minggu setelah TT1 (pada kehamilan)
2 kali	TT3, 6 bulan setelah TT2 (pada kehamilan, jika selang waktu minimal terpenuhi)
3 kali	TT4, 1 tahun setelah TT3
4 kali	TT5, 1 tahun setelah TT4
5 kali	Tidak perlu lagi

*Sumber* : Kemenkes, 2014

j. Travelling

Travelling bagi ibu hamil dengan persyaratan sebagai berikut:

- 1) Jangan terlalu lama dan melelahkan.
- 2) Duduk lama statis vena (vena stagnasi) menyebabkan tromboflebitis dan kaki bengkak.
- 3) Bepergian dengan pesawat udara boleh, tidak ada bahaya hipoksia dan tekanan oksigen yang cukup dalam pesawat udara (Pantikawati dan Saryono, 2012)

k. Seksualitas

Hubungan seksual selama kehamilan tidak dilarang selama tidak ada riwayat penyakit, seperti sering abortus dan kelahiran prematur, perdarahan pervaginam, coitus harus dilakukan dengan hati-hati terutama pada minggu terakhir kehamilan, bila ketuban sudah pecah, coitus dilarang karena dapat menyebabkan infeksi janin intra uteri.



Kebutuhan seksual pada trimester III umumnya menunjukkan penurunan minat dan libido untuk melakukan hubungan seksual. Rasa nyaman sudah jauh berkurang. Pegal di punggung dan pinggul, tubuh bertambah berat dengan cepat, nafas lebih sesak (karena besarnya janin mendesak dada dan lambung) dan kembali merasa mual, itulah beberapa penyebab menurunnya minat seksual. Tapi jika termasuk yang tidak mengalami penurunan libido di trimester III, itu adalah hal yang normal, apalagi jika termasuk yang menikmati masa kehamilan (Walyani, 2015).

#### 1. Istirahat dan tidur

Ibu hamil akan merasa letih pada beberapa minggu awal kehamilan atau beberapa minggu terakhir. Oleh sebab itu, ibu hamil memerlukan istirahat dan tidur semakin banyak dan sering. Istirahat merupakan keadaan yang tenang, relaks tanpa tekanan emosional dan bebas dari kegelisahan (ansietas). Waktu yang diperlukan untuk tidur bagi ibu hamil adalah tidur siang dilakukan kurang lebih selama 2 jam dan dilakukan lebih sering daripada sebelum hamil. Tidur malam untuk ibu hamil adalah selama  $\pm$  8 jam. Ibu hamil sebaiknya tidur lebih awal dan jangan tidur terlalu malam karena dapat menurunkan tekanan darah (Mandriwati, dkk, 2017).

#### 6. Ketidaknyamanan kehamilan Trimester III

Tidak semua wanita mengalami ketidaknyamanan yang muncul selama kehamilan, tetapi kebanyakan wanita hamil mengalaminya, mulai dari tingkat ringan hingga berat. Cara mengatasi ketidaknyamanan ini didasarkan pada penyebab dan penatalaksanaan didasarkan pada gejala yang muncul (Marmi, 2011).

##### a. Leukorea (Keputihan)

Keputihan dapat disebabkan oleh karena terjadinya peningkatan produksi kelenjar dan lendir endoservikal sebagai akibat dari peningkatan kadar estrogen. Hal lain yang dicurigai sebagai penyebab

terjadinya *leukorea* adalah pengubahan sejumlah besar glikogen pada sel epitel vagina menjadi asam laktat oleh basil Doderlein.

b. *Nocturia* (Sering berkemih)

Peningkatan frekuensi berkemih pada trimester ketiga paling sering dialami oleh wanita primigravida setelah *lightening* terjadi. *Lightening* menyebabkan bagian pretensi (terendah) janin akan menurun masuk ke dalam panggul dan menimbulkan tekanan langsung pada kandung kemih.

c. Konstipasi

Konstipasi biasa terjadi pada trimester II dan III. Diduga terjadi akibat penurunan peristaltik yang disebabkan oleh relaksasi otot polos pada usus besar ketika terjadi peningkatan jumlah progeteron. Konstipasi juga dapat terjadi sebagai akibat dari efek samping penggunaan zat besi, hal ini akan memperberat masalah pada wanita hamil.

d. Sakit punggung bagian bawah

Terjadi pada trimester kedua dan ketiga kehamilan. Dasar anatomis dan fisiologis:

- 1) Kurvatur dari vertebra *lumbosacral* yang meningkat saat uterus terus membesar.
- 2) Spasme otot karena tekanan terhadap akar syaraf.
- 3) Kadar hormon yang meningkat, sehingga cartilage di dalam sendi-sendi besar menjadi lembek.
- 4) Keletihan.

e. Sakit kepala

Sakit kepala biasa terjadi pada trimester II dan III yang disebabkan oleh kontraksi otot/spasme otot (leher, bahu dan penegangan pada kepala) serta keletihan.

f. Nyeri ulu hati

Ketidaknyamanan ini biasanya timbul pada akhir trimester kedua sampai trimester ketiga. Hal ini disebabkan karena adanya refluk atau regurgitasi (aliran balik esophagus) yang menyebabkan timbulnya rasa

panas seperti terbakar di area tersebut dengan retrosternal timbul dari aliran balik asam gastrik ke dalam esophagus bagian bawah. Faktor penyebab terjadinya hal tersebut adalah:

- 1) Produksi progesteron yang meningkat
- 2) Relaksasi spingter esopagus bagian bawah bersamaan perubahan dalam gradien tekana sepanjang spingter.
- 3) Kemampuan gerak serta tonus gastro intestinal yang menurun dan relaksasi spingter cardia yang meningkat.
- 4) Pergeseran lambung karena pembesaran uterus.

g. Kram kaki

Biasanya terjadi setelah kehamilan 24 minggu.dasar fisiologis penyebab masih belum jelas.dapat terjadi karena kekurangan asupan kalsium, ketidakseimbangan rasio kalsium-fosfor, pembesaran uterus sehingga memberikan tekanan pada pembuluh darah pelvic dengan demikian dapat menurunkan sirkulasi darah ke tungkai bagian bawah.

h. Insomnia

Insomnia terjadi mulai pertengahan masa kehamilan. Disebabkan oleh perasaan gelisah, khawatir ataupun bahagia, ketidaknyamanan fisik seperti membesarnya uterus, pergerakan janin, bangun di tengah malam karena nocturia, dyspnea, heartburn, sakit otot, stres, dan cemas. Cara meringankan dengan menggunakan teknik relaksasi, mandi air hangat, minum minuman hangat sebelum tidur, melakukan aktifitas yang tidak menstimulasi sebelum tidur. Tanda bahaya adalah kelelahan yang berlebihan, tanda- tanda depresi.

i. Perut kembung

Perut kembung terjadi pada trimester II dan III. Motilitas gastrointestinal menurun, menyebabkan terjadinya perlambatan waktu pengosongan menimbulkan efek peningkatan progesteron pada relaksasi otot polos dan penekanan uterus pada usus besar. Cara meringankan dengan menghindari makanan yang mengandung gas,

mengunyah makanan secara sempurna, pertahankan kebiasaan BAB yang teratur, posisi kne chest (posisi seperti sujud tapi dada ditempelkan ke lantai), hal ini dapat membantu ketidaknyamanan dari gas yang tidak keluar.

j. Haemoroid

Hemoroid selalu didahului dengan konstipasi, oleh sebab itu semua hal yang menyebabkan konstipasi berpotensi menyebabkan hemoroid. Progesteron juga berperan dalam menyebabkan terjadinya relaksasi dinding vena dan usus besar, pembesaran uterus juga menyebabkan peningkatan tekanan pada dinding vena dan usus besar.

Beberapa hal yang dapat dilakukan untuk mencegah atau mengurangi haemoroid adalah hindari konstipasi, pencegahan merupakan penanganan yang paling efektif; hindari mengejan saat defekasi; mandi berendam dengan air hangat; kompres *witch hazel*; kompres es; kompres garam epon; memasukan kembali hemoroid ke dalam rektum (menggunakan lubrikasi) dilakukan sambil latihan mengencangkan perinium (kegel); tirah baring dengan cara menga evaluasi panggul dan ekstremitas bagian bawah serta salep analgesik dan anastesi topikal.

7. Tanda Bahaya Trimester III

Menurut Rukiyah, dkk (2009), enam tanda bahaya selama periode antenatal adalah:

a. Perdarahan vagina

Pada awal kehamilan, perdarahan yang tidak normal adalah merah, perdarahan banyak atau perdarahan dengan nyeri (berarti abortus, KET, mola hidatidosa). Pada kehamilan lanjut, perdarahan yang tidak normal adalah merah, banyak/sedikit, nyeri (berarti plasenta previa dan solusio plasenta).

b. Sakit kepala yang hebat

Sakit kepala yang menunjukkan suatu masalah yang serius adalah sakit kepala hebat, yang menetap dan tidak hilang dengan beristirahat. Kadang-kadang, dengan sakit kepala yang hebat tersebut, ibu mungkin

menemukan bahwa penglihatannya menjadi kabur atau berbayang. Sakit kepala yang hebat dalam kehamilan adalah gejala dari preeklampsia.

c. Perubahan visual secara tiba-tiba (pandangan kabur, rabun senja)

Masalah visual yang mengindikasikan keadaan yang mengancam jiwa adalah perubahan visual mendadak, misalnya pandangan kabur atau berbayang.

d. Nyeri abdomen yang hebat

Nyeri yang hebat, menetap dan tidak hilang serta setelah beristirahat. Hal ini bisa berarti appendicitis, kehamilan ektopik, aborsi, penyakit radang panggul, persalinan preterm, gastritis, penyakit kantong empedu, abrups plasenta, infeksi saluran kemih atau infeksi lain.

e. Bengkak pada muka atau tangan

Bengkak bisa menunjukkan adanya masalah serius jika muncul pada muka dan tangan, tidak hilang setelah beristirahat dan disertai dengan keluhan fisik yang lain. Hal ini dapat merupakan pertanda, anemia, gagal jantung atau preeklampsia.

f. Bayi kurang bergerak seperti biasa

Ibu mulai merasakan gerakan bayinya pada bulan ke-5 atau ke-6, beberapa ibu dapat merasakan gerakan bayinya lebih awal. Jika bayi tidur gerakannya akan melemah. Bayi harus bergerak paling sedikit 3 kali dalam periode 3 jam. Gerakan bayi akan lebih mudah terasa jika ibu berbaring atau beristirahat dan jika ibu makan dan minum dengan baik.

8. Deteksi dini faktor kehamilan trimester III dan penanganan serta prinsip rujukan kasus

a. Kehamilan Risiko Tinggi

Risiko adalah suatu ukuran statistik dari peluang atau kemungkinan untuk terjadinya suatu keadaan gawat-darurat yang tidak diinginkan pada masa mendatang, yaitu kemungkinan terjadi komplikasi obstetrik pada saat persalinan yang dapat menyebabkan kematian, kesakitan,

kecacatan, atau ketidak puasan pada ibu atau bayi (Rochjati dalam Pudjiastuti, 2012).

b. Faktor-faktor risiko ibu hamil

Beberapa keadaan yang menambah risiko kehamilan, tetapi tidak secara langsung meningkatkan risiko kematian ibu. Keadaan tersebut dinamakan faktor risiko. Semakin banyak ditemukan faktor risiko pada ibu hamil, semakin tinggi risiko kehamilannya. Beberapa peneliti menetapkan kehamilan dengan risiko tinggi sebagai berikut :

- 1) Puji Rochyati: primipara mudaberusia <16 tahun, primipara tua berusia >35 tahun, primipara skunder dengan usia anak terkecil diatas 5 tahun, tinggi badan <145 cm, riwayat kehamilan yang buruk (pernah keguguran, pernah persalinan premature, lahir mati, riwayat persalinan dengan tindakan (ekstraksi vakum, ekstraksi forsep, operasi sesar), pre-eklamsi-eklamsia, gravid serotinus, kehamilan dengan perdarahan antepartum, kehamilan dengan kelainan letak, kehamilan dengan penyakit ibu yang mempengaruhi kehamilan.
- 2) Riwayat operasi (operasi plastik pada vagina-fistel atau tumor vagina, operasi persalinan atau operasi pada rahim).
- 3) Riwayat kehamilan (keguguran berulang, kematian intrauterin, sering mengalami perdarahan saat hamil, terjadi infeksi saat hamil, anak terkecil berusia lebih dari 5 tahun tanpa KB, riwayat molahidatidosa atau korio karsinoma).
- 4) Riwayat persalinan (persalinan prematur, persalinan dengan berat bayi rendah, persalinan lahir mati, persalinan dengan induksi, persalinan dengan plasenta manual, persalinan dengan perdarahan postpartum, persalinan dengan tindakan (ekstraksi vakum, ekstraksi forsep, letak sungsang, ekstraksi versi, operasi sesar).

c. Pencegahan Kehamilan Risiko Tinggi

- 1) Penyuluhan, komunikasi, informasi, edukasi/KIE untuk kehamilan dan persalinan aman.
- 2) Kehamilan Risiko Rendah (KRR), tempat persalinan dapat dilakukan di rumah maupun di polindes, tetapi penolong persalinan harus bidan, dukun membantu perawatan nifas bagi ibu dan bayinya.
- 3) Kehamilan Risiko Tinggi (KRT)

Petugas kesehatan memberi penyuluhan agar pertolongan persalinan oleh bidan atau dokter puskesmas, di polindes atau puskesmas (PKM), atau langsung dirujuk ke Rumah Sakit, misalnya pada letak lintang dan ibu hamil pertama (primi) dengan tinggi badan rendah.

- 4) Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST), diberi penyuluhan dirujuk untuk melahirkan di Rumah Sakit dengan alat lengkap dan dibawah pengawasan dokter spesialis.
- 5) Pengawasan antenatal, memberikan manfaat dengan ditemukannya berbagai kelainan yang menyertai kehamilan secara dini, sehingga dapat diperhitungkan dan dipersiapkan langkah-langkah dalam pertolongan persalinannya.

d. Prinsip rujukan  
BAKSOKUDO PN

- 1) B (Bidan)  
Pastikan bahwa ibu atau bayi didampingi oleh penolong persalinan yang kompeten untuk penatalaksanaan kegawatdaruratan obstetri dan bayi dibawa ke fasilitas rujukan.
- 2) A (Alat)  
Bawa perlengkapan dan bahan-bahan untuk asuhan persalinan, masa nifas dan bayi baru lahir bersama ibu ke tempat rujukan.
- 3) K (Keluarga)

Beritahu ibu dan keluarga kondisi terakhir ibu atau bayi dan mengapa perlu dirujuk. Jelaskan pada mereka alasan dan tujuan dirujuk ke fasilitas tersebut. Suami atau anggota keluarga lain harus menemani hingga ke fasilitas rujukan.

4) S (Surat)

Berikan surat ke tempat rujukan. Surat ini harus memberikan identifikasi mengenai ibu atau bayi, cantumkan alasan rujukan dan uraikan hasil pemeriksaan, asuhan atau obat-obatan yang diterima ibu atau bayi. Sertakan juga partograf yang dipakai untuk membuat keputusan klinik.

5) O (Obat)

Bawa obat-obatan esensial pada saat mengantar ibu ke fasilitas rujukan. Obat-obatan tersebut mungkin akan diperlukan selama di perjalanan.

6) K (Kendaraan)

Siapkan kendaraan yang paling memungkinkan untuk merujuk ibu dalam kondisi cukup nyaman. Pastikan kendaraan cukup baik untuk mencapai tujuan tepat waktu.

7) U (Uang)

Ingatkan pada keluarga untuk membawa uang yang cukup untuk membeli obat-obatan yang diperlukan dan bahan kesehatan lain yang diperlukan selama ibu atau bayi tinggal di fasilitas rujukan.

8) DO (Donor)

Siapkan donor darah yang mempunyai golongan darah yang sama dengan pasien minimal 3 orang.

9) P (Posisi)

Posisi klien selama perjalanan menuju tempat rujukan haruslah diperhatikan agar dapat memberikan kenyamanan pada klien yang kesakitan dan dapat mengurangi rasa nyeri yang dialami.

10) N (Nutrisi)

Memberikan nutrisi oral ataupun parenteral selama perjalanan menuju tempat rujukan.

9. Konsep Antenatal Care Standar Pelayanan Antenatal (10 T)

Menurut Kementerian Kesehatan RI (2015), dalam melakukan pemeriksaan antenatal, tenaga kesehatan harus memberikan pelayanan yang berkualitas sesuai standar, terdiri dari:



a. Timbang Berat Badan dan Ukur Tinggi Badan (T1)

Penimbangan berat badan pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya gangguan pertumbuhan janin. Penambahan berat badan yang kurang dari 9 kilogram selama kehamilan atau kurang dari 1 kilogram setiap bulannya menunjukkan adanya gangguan pertumbuhan janin.

Pengukuran tinggi badan pada pertama kali kunjungan dilakukan untuk menapis adanya faktor resiko pada ibu hamil. Tinggi badan ibu hamil kurang dari 145 cm meningkatkan resiko untuk terjadinya *Cephalo Pelvic Disproportion* (CPO).

b. Ukur Tekanan Darah (T2)

Pengukuran tekanan darah pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya hipertensi. Hipertensi adalah atau tekanan darah tinggi adalah suatu kondisi medis dimana seseorang mengalami peningkatan tekanan darah secara kronis. Menurut WHO tekanan darah dikatakan normal apabila tekanan sistole 110-130 mmHg dan diastole 70-80 mmHg. Seseorang dikatakan menderita hipertensi apabila tekanan darah sistolik  $\geq 140$  mmHg dan tekanan diastolik 90 mmHg. Hipertensi dalam kehamilan merupakan salah satu dari 3 penyebab tertinggi mortalitas dan morbiditas di Indonesia. Hipertensi yang timbul setelah 20 minggu kehamilan disertai dengan proteinuria disebut preeklamsia, sedangkan eklamsia adalah preeklamsia yang disertai kejang-kejang dan atau koma. Resiko atau dampak preeklamsia bagi janin antara lain pertumbuhan janin terhambat atau *intrauterine growth restriction* (IUGR), oligohidramnion, prematuritas, solusio plasenta dan kematian janin. Sedangkan bagi ibu dapat merusak sistem tubuh seperti kardiovaskular, hematologik, hepar, neurologik dan paru.

c. Tentukan Status Gizi (Ukur Lingkar Lengan Atas / LiLA) (T3)

Pengukuran LiLA hanya dilakukan pada kontak pertama oleh tenaga kesehatan di trimester I untuk skrining ibu hamil beresiko Kurang Energi Kronis (KEK). Kurang energi kronis disini maksudnya ibu hamil yang mengalami kekurangan gizi dan telah berlangsung lama (beberapa bulan atau tahun) dimana ukuran LiLA kurang dari 23,5 cm.

Ibu hamil dengan KEK akan dapat melahirkan Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR).

d. Tinggi Fundus Uteri (T4)

Pengukuran tinggi fundus pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi pertumbuhan janin sesuai atau tidak dengan umur kehamilan. Jika tinggi fundus tidak sesuai dengan umur kehamilan kemungkinan ada gangguan pertumbuhan janin. Standar pengukuran menggunakan pita pengukur setelah kehamilan 24 minggu.

e. Tentukan Presentasi Janin dan Denyut Jantung Janin (DJJ) (T5)

Menentukan presentasi janin pada akhir trimester II dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal. Pemeriksaan ini dimaksudkan untuk mengetahui letak janin. Jika pada trimester III bagian bawah janin bukan kepala atau kepala janin belum masuk ke panggul berarti ada kelainan letak, panggul sempit atau ada masalah lain.

Penilaian DJJ dilakukan pada akhir trimester I dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal. DJJ lambat kurang dari 120 kali/menit atau DJJ cepat lebih dari 160 kali/menit menunjukkan adanya gawat janin.

f. Skrining Imunisasi Tetanus dan Berikan Imunisasi Tetanus Toksoid (TT) bila diperlukan (T6).

Untuk mencegah terjadinya tetanus neonatorum, ibu hamil harus mendapat imunisasi TT. Pada saat kontak pertama, ibu hamil diskriminasi status imunisasi T-nya. Pemberian imunisasi TT pada ibu hamil, disesuaikan dengan status imunisasi T ibu saat ini. Ibu hamil minimal memiliki status imunisasi T2 agar mendapatkan perlindungan terhadap infeksi tetanus. Ibu hamil dengan status imunisasi T5 (TT *Long Life*) tidak perlu diberikan imunisasi TT lagi.

g. Beri tablet Fe minimal 90 tablet selama kehamilan (T7)

Untuk mencegah anemia gizi besi, setiap ibu hamil harus mendapat tablet tambah darah (tablet zat besi dan asam folat) minimal 90 tablet selama kehamilan yang diberikan sejak kontak pertama. Tiap tablet mengandung 60 mg zat besi dan 0,25 mg asam folat.

h. Periksa laboratorium (rutin dan khusus) (T8)

Pemeriksaan laboratorium yang dilakukan pada ibu hamil adalah pemeriksaan laboratorium rutin dan khusus. Pemeriksaan laboratorium rutin adalah pemeriksaan laboratorium yang harus dilakukan pada

setiap ibu hamil yaitu golongan darah, hemoglobin darah dan pemeriksaan spesifik daerah endemis/ epidemi (malaria, HIV dan lain-lain). Sementara pemeriksaan laboratorium khusus adalah pemeriksaan laboratorium lain yang dilakukan atas indikasi pada ibu hamil yang melakukan kunjungan antenatal.

Pemeriksaan laboratorium dilakukan pada saat antenatal tersebut meliputi:

- 1) Pemeriksaan golongan darah  
Pemeriksaan golongan darah pada ibu hamil tidak hanya untuk mengetahui jenis golongan darah ibu melainkan juga untuk mempersiapkan calon pendonor darah yang sewaktu-waktu diperlukan apabila terjadi situasi kegawatdaruratan. Pemeriksaan dilakukan apabila ibu hamil belum diketahui golongan darahnya.
- 2) Pemeriksaan kadar Hemoglobin darah (Hb)

Pemeriksaan kadar hemoglobin darah ibu hamil dilakukan minimal sekali pada trimester pertama dan sekali pada trimester ketiga. Pemeriksaan ini ditujukan untuk mengetahui ibu hamil tersebut menderita anemia atau tidak selama kehamilannya karena kondisi anemia dapat mempengaruhi proses tumbuh kembang janin dalam kandungan. Pemeriksaan kadar hemoglobin darah ibu hamil pada trimester kedua dilakukan atas indikasi.

Menurut Manuaba (2012), klasifikasi derajat anemia sebagai berikut :

- |     |            |                 |
|-----|------------|-----------------|
| (1) | Hb 11 g%   | : tidak anemia  |
| (2) | Hb 9-10 g% | : anemia ringan |
| (3) | Hb 7-8g%   | : anemia sedang |
| (4) | Hb > 7 g%  | : anemia berat  |
- 3) Pemeriksaan protein dalam urine  
Pemeriksaan protein dalam urine pada ibu hamil dilakukan pada trimester kedua dan ketiga atas indikasi. Pemeriksaan ini ditujukan untuk mengetahui adanya proteinuria pada ibu hamil. Proteinuria merupakan salah satu indikator terjadinya pre-eklampsia pada ibu hamil.
  - 4) Pemeriksaan kadar gula darah  
Ibu hamil yang dicurigai menderita diabetes melitus harus dilakukan pemeriksaan gula darah selama kehamilannya minimal

sekali pada trimester pertama, sekali pada trimester kedua dan sekali pada trimester ketiga.

5) Pemeriksaan darah Malaria

Semua ibu hamil di daerah endemis Malaria (endemis sedang dan tinggi) dilakukan pemeriksaan darah Malaria dalam rangka skrining pada kontak pertama, ibu hamil di daerah non endemis malaria (endemis rendah) dilakukan pemeriksaan darah malaria apabila ada indikasi.

6) Pemeriksaan tes Sifilis

Pemeriksaan tes sifilis dilakukan di daerah dengan resiko tinggi dan ibu hamil yang diduga menderita sifilis. Pemeriksaan sifilis sebaiknya dilakukan sedini mungkin pada kehamilan.

7) Pemeriksaan HIV

Di daerah epidemi HIV meluas dan terkonsentrasi, tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan wajib menawarkan tes HIV kepada semua ibu hamil secara inklusif pada pemeriksaan laboratorium rutin lainnya saat pemeriksaan antenatal atau menjelang persalinan.

Di daerah epidemi HIV rendah, penawaran tes HIV oleh tenaga kesehatan diprioritaskan pada ibu hamil dengan IMS dan TB secara inklusif pada pemeriksaan laboratorium rutin lainnya saat pemeriksaan antenatal atau menjelang persalinan.

Teknik penawaran ini disebut *Provider Initiated Testing and Counseling* (PITC) atau tes HIV atas inisiatif Pemberi Pelayanan Kesehatan dan Konseling.

8) Pemeriksaan BTA

Pemeriksaan BTA dilakukan pada ibu hamil yang dicurigai menderita tuberkulosis sebagai pencegahan agar infeksi tuberkulosis tidak mempengaruhi kesehatan janin.

Selain pemeriksaan tersebut di atas, apabila diperlukan dapat dilakukan pemeriksaan penunjang lainnya di fasilitas rujukan. Mengingat kasus pendarahan dan pre-eklampsia merupakan

penyebab utama kematian ibu, maka diperlukan pemeriksaan dengan menggunakan alat deteksi resiko ibu hamil oleh bidan termasuk bidan desa meliputi alat pemeriksaan laboratorium rutin (golongan darah, Hb), alat pemeriksaan laboratorium khusus (gluko-protein urin) dan tes kehamilan.

i. Tata laksana / Penanganan Kasus (T9)

Berdasarkan hasil pemeriksaan antenatal di atas dan hasil pemeriksaan laboratorium, setiap kelainan yang ditemukan pada ibu hamil harus ditangani sesuai dengan standar dan kewenangan tenaga kesehatan. Kasus-kasus yang tidak dapat ditangani dirujuk sesuai dengan sistem rujukan.

j. Temu wicara termasuk P4K serta KB pasca salin (T10)

Temu wicara (konseling) dilakukan pada setiap kunjungan antenatal, yang meliputi:

1) Kesehatan ibu

Setiap ibu hamil dianjurkan untuk memeriksakan kehamilannya secara rutin ke tenaga kesehatan dan menganjurkan ibu hamil agar beristirahat yang cukup selama kehamilannya (sekitar 9-10 jam per hari) dan tidak bekerja berat.

2) Perilaku hidup bersih dan sehat

Setiap ibu hamil dianjurkan untuk menjaga kebersihan badan selama kehamilan misalnya mencuci tangan sebelum makan, mandi 2 kali sehari dengan menggunakan sabun, menggosok gigi setelah sarapan dan sebelum tidur serta melakukan olah raga ringan.

3) Peran suami/keluarga dalam kehamilan dan perencanaan persalinan

Setiap ibu hamil perlu mendapatkan dukungan dari keluarga terutama suami dalam kehamilannya. Suami, keluarga atau masyarakat perlu menyiapkan biaya persalinan, kebutuhan baik transportasi rujukan dan calon donor darah. Hal ini penting apabila terjadi komplikasi kehamilan, persalinan dan nifas agar segera dibawa ke fasilitas kesehatan.

10. Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K)

(IBI Pusat, 2015).

a. Pengertian

P4K dengan stiker merupakan suatu kegiatan yang difasilitasi oleh bidan di desa dalam rangka peningkatan peran aktif suami, keluarga dan masyarakat dalam merencanakan persalinan yang aman dan persiapan menghadapi komplikasi bagi ibu hamil, termasuk perencanaan penggunaan KB pasca persalinan dengan menggunakan stiker sebagai media notifikasi sasaran dalam rangka meningkatkan cakupan dan mutu pelayanan kesehatan bagi ibu dan bayi baru lahir.

b. Tujuan Umum

Meningkatnya cakupan dan mutu pelayanan kesehatan bagi ibu hamil dan bayi baru lahir melalui peningkatan peran aktif keluarga dan masyarakat dalam merencanakan persalinan yang aman dan persiapan menghadapi komplikasi dan tanda bahaya kebidanan bagi ibu sehingga melahirkan bayi yang sehat.

c. Tujuan Khusus

- 1) Terdatanya status ibu hamil dan terpasangnya stiker P4K di setiap rumah ibu hamil yang memuat informasi tentang lokasi tempat tinggal ibu hamil, identitas ibu hamil, tafsiran persalinan, penolong persalinan, pendamping persalinan dan fasilitas tempat persalinan, calon donor darah, transportasi yang akan digunakan serta pembiayaan.
- 2) Adanya perencanaan persalinan termasuk pemakaian metode KB pasca persalinan yang sesuai dan disepakati ibu hamil, suami, keluarga dan bidan.

- 3) Terlaksananya pengambilan keputusan yang cepat dan tepat bila terjadi komplikasi selama kehamilan, persalinan dan nifas.
  - 4) Meningkatnya keterlibatan tokoh masyarakat baik formal maupun non formal, dukun/pendamping persalinan dan kelompok masyarakat dalam perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi dengan stiker dan KB pasca salin sesuai dengan perannya masing-masing.
- d. Manfaat
- Manfaat P4K adalah mempercepat berfungsinya desa siaga, meningkatnya cakupan pelayanan ANC sesuai standar, meningkatnya cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan terampil, meningkatnya kemitraan bidan dan dukun, tertanganinya kejadian komplikasi secara dini, meningkatnya peserta KB pasca persalinan, terpantaunya kesakitan dan kematian ibu dan bayi serta menurunnya kejadian dan kematian ibu serta bayi.
- e. Indikator Program
- Persentase desa melaksanakan P4K dengan stiker; persentase ibu hamil mendapat stiker; persentase ibu hamil berstiker mendapat pelayanan antenatal sesuai standar; persentase ibu hamil berstiker bersalin di tenaga kesehatan; persentase ibu hamil, bersalin dan nifas berstiker yang mengalami komplikasi tertangani; persentase penggunaan metode KB pasca persalinan; dan persentase ibu bersalin di nakes mendapat pelayanan nifas.
- f. Output/Luaran P4K
- Output yang diharapkan adalah:
- 1) Semua ibu hamil terdata dan rumahnya ditempeli stiker P4K.
  - 2) Bidan memberikan pelayanan antenatal sesuai dengan standar.
  - 3) Ibu hamil dan keluarganya mempunyai rencana persalinan termasuk KB yang dibuat bersama dengan penolong persalinan.
  - 4) Bidan menolong persalinan sesuai standar.
  - 5) Bidan memberikan pelayanan nifas sesuai standar.
  - 6) Keluarga menyiapkan biaya persalinan, kebersihan dan kesehatan lingkungan (sosial budaya).

- 7) Adanya keterlibatan masyarakat baik formal maupun non formal dalam rencana persalinan termasuk KB pasca persalinan sesuai dengan perannya masing-masing.
- 8) Ibu mendapat pelayanan kontrasepsi pasca persalinan.
- 9) Adanya kerja sama yang baik
- g. Komponen P4K  
Komponen P4K adalah pencatatan ibu hamil, dasolin/tabulin, donor darah, transpor/ambulan desa, suami/keluarga menemani ibu pada saat bersalin, IMD, kunjungan/nifas dan kunjungan rumah.
- h. Tahapan kegiatan  
Tahapan kegiatan P4K terdiri dari orientasi P4K, sosialisasi, operasionalisasi P4K di tingkat desa, rekapitulasi pelaporan dan forum komunikasi.
- i. Peran Bidan dalam P4K
  - 1) Masa Kehamilan  
Peran bidan pada masa kehamilan adalah melakukan pemeriksaan ibu hamil (ANC) sesuai standar minimal 4 kali selama hamil; melakukan penyuluhan dan konseling pada ibu hamil dan keluarga; melakukan kunjungan rumah; melakukan rujukan apabila diperlukan; melakukan pencatatan pada kartu ibu, kohort ibu, buku KIA; membuat laporan PWS-KIA; memberdayakan unsur-unsur masyarakat termasuk suami, keluarga dan kader untuk terlibat aktif dalam P4K.
  - 2) Masa Persalinan  
Peran bidan pada masa persalinan adalah memberikan pertolongan persalinan sesuai standar yaitu mempersiapkan sarana prasarana persalinan aman termasuk pencegahan infeksi; memantau kemajuan persalinan sesuai dengan partograf; melakukan asuhan persalinan normal sesuai standar; melakukan manajemen aktif Kala III (MAK III); melaksanakan Inisiasi Menyusu Dini (IMD); melakukan perawatan bayi baru lahir; melakukan tindakan PPGDON apabila mengalami komplikasi;



melakukan rujukan bila diperlukan; melakukan pencatatan persalinan pada kartu ibu, kartu bayi, kohort ibu dan bayi, register persalinan dan buku KIA; serta membuat pelaporan PWS-KIA dan AMP.

3) Masa Nifas

Memberikan pelayanan nifas sesuai dengan standar yaitu melakukan kunjungan nifas (KF1, KF2, KF lengkap), (KN1, KN2, KN3); melakukan penyuluhan dan konseling pada ibu, keluarga dan masyarakat; melakukan rujukan apabila diperlukan; melakukan pencatatan pada Kohort Bayi dan Buku KIA; serta membuat laporan PWS-KIA dan AMP.

j. Kebijakan Kunjungan Antenatal Care Menurut Kemenkes

Menurut Kemenkes (2009), kebijakan program pelayanan antenatal menetapkan frekuensi kunjungan antenatal sebaiknya minimal 4 kali selama masa kehamilan, yaitu minimal 1 kali pada trimester pertama (K1), minimal 1 kali pada trimester kedua, minimal 2 kali pada trimester ketiga (K4).

Menurut Marmi (2011), jadwal pemeriksaan antenatal sebagai berikut:

- 1) Pada Trimester I, kunjungan pertama dilakukan sebelum minggu ke-14. Bidan memberikan asuhan pada kunjungan pertama, yakni: membina hubungan saling percaya antara ibu dan bidan, mendeteksi masalah yang dapat diobati sebelum mengancam jiwa dan mendorong perilaku yang sehat (nutrisi, kebersihan, istirahat).
- 2) Pada trimester II, kunjungan kedua dilakukan sebelum minggu ke-28. Pada kunjungan ini bidan memberikan asuhan sama dengan trimester I dan trimester II ditambah kewaspadaan, pantau tekanan darah, kaji oedema, periksa urine untuk protein urine.
- 3) Pada trimester III, kunjungan ketiga antara minggu ke 28-36. Pada kunjungan ini bidan memberikan asuhan sama dengan trimester I dan trimester II ditambah palpasi abdomen untuk deteksi gemeli.
- 4) Pada trimester III setelah 36 minggu, kunjungan keempat asuhan yang diberikan sama dengan TM I, II, III ditambah deteksi kelainan letak, kondisi lain yang memerlukan kelahiran di rumah sakit.

## **B. Persalinan**

### **1. Pengertian**

Menurut Prawirohardjo (dalam Rukiyah, dkk, 2009), persalinan adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi yang dapat hidup dari dalam uterus melalui vagina ke dunia luar.

Menurut Manuaba (dalam Lailiyana, dkk, 2012), persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan uri) yang telah cukup bulan atau dapat hidup di luar kandungan melalui jalan lahir, dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri).

Berdasarkan pengertian persalinan di atas, maka dapat ditarik kesimpulan bahwa persalinan merupakan suatu proses pengeluaran janin yang merupakan hasil konsepsi, proses pengeluaran tersebut dapat melalui jalan lahir atau tanpa melalui jalan lahir, bisa dengan bantuan atau dapat dengan kekuatan sendiri.

#### **a. Sebab-sebab mulainya persalinan**

Menurut Marmi (2012), teori-teori sebab mulainya persalinan adalah sebagai berikut:

##### **1) Teori Penurunan Kadar Hormon Prostaglandin**

Progesteron merupakan hormon penting untuk mempertahankan kehamilan. Progesteron berfungsi menurunkan kontraktilitas dengan cara meningkatkan potensi membran istirahat pada sel miometrium sehingga menstabilkan Ca membran dan kontraksi berkurang, uterus rileks dan tenang. Pada akhir kehamilan terjadi penurunan kadar progesteron yang mengakibatkan peningkatan kontraksi uterus karena sintesa prostaglandin di chorioamnion.

##### **2) Teori Rangsangan Estrogen**

Estrogen menyebabkan iritability miometrium, mungkin karena peningkatan konsentrasi actin-myocin dan adenosin triphosphate (ATP). Selain itu, estrogen memungkinkan sintesa prostaglandin

pada decidua dan selaput ketuban sehingga menyebabkan kontraksi uterus (miometrium).

3) Teori Reseptor Oksitosin dan Kontraksi Braxton Hicks

Kontraksi persalinan tidak terjadi secara mendadak, tetapi berlangsung lama dengan persiapan semakin meningkatnya reseptor oksitosin. Oksitosin adalah hormon yang dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis pars posterior. Distribusi reseptor oksitosin, dominan pada fundus dan korpus uteri, ia makin berkurang jumlahnya di segmen bawah rahim dan praktis tidak banyak dijumpai pada serviks uteri. Perubahan keseimbangan estrogen dan progesteron dapat mengubah sensitivitas otot rahim. Sehingga terjadi *Braxton Hicks*. Menurunnya konsentrasi progesteron akibat tuanya kehamilan, menyebabkan oksitosin meningkat, sehingga persalinan dapat dimulai.

4) Teori Keregangan (Distensi Rahim)

Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu. Setelah melewati batas tersebut terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai. Rahim yang menjadi besar dan meregang menyebabkan iskemia otot-otot rahim, sehingga mengganggu sirkulasi utero plasenta. Misalnya ibu hamil ganda sering terjadi kontraksi setelah peregangan tertentu sehingga menimbulkan proses persalinan.

5) Teori *Fetal Cortisol*

Dalam teori ini diajukan sebagai “pemberi tanda” untuk dimulainya persalinan adalah janin, diduga akibat peningkatan tiba-tiba kadar kortisol plasma janin. Kortisol janin akan mempengaruhi plasenta sehingga produksi progesteron berkurang dan memperbesar sekresi estrogen, selanjutnya berpengaruh terhadap meningkatnya produksi prostaglandin, yang menyebabkan iritability miometrium meningkat. Pada cacat bawaan janin seperti anensefalus, hipoplasia adrenal janin dan tidak adanya kelenjar hipofisis pada janin akan menyebabkan kortisol janin tidak

diproduksi dengan baik sehingga kehamilan dapat berlangsung lewat bulan.

6) Teori *Fetal* Membran

Teori fetal membran phospholipid-arachnoid acid prostaglandin. Meningkatnya hormon estrogen menyebabkan terjadinya esterified yang menghasilkan arachnoid acid, yang membentuk prostaglandin dan mengakibatkan kontraksi miometrium.

7) Teori Prostaglandin

Prostaglandin E dan Prostaglandin F (pE dan pF) bekerja di rahim wanita untuk merangsang kontraksi selama kelahiran. PGE2 menyebabkan kontraksi rahim dan telah digunakan untuk menginduksi persalinan. Prostaglandin yang dikeluarkan oleh decidua konsentrasinya meningkat sejak usia kehamilan 15 minggu. Pemberian prostaglandin saat hamil dapat menimbulkan kontraksi otot rahim sehingga hasil konsepsi dikeluarkan.

Hasil dari percobaan menunjukkan bahwa prostaglandin F2 atau E2 yang diberikan secara intravena, intra dan extramial menimbulkan kontraksi miometrium pada setiap umur kehamilan, hal ini disokong dengan adanya kadar prostaglandin yang tinggi dalam air ketuban maupun darah perifer pada ibu-ibu hamil sebelum melahirkan atau selama persalinan.

8) Teori Hipotalamus-Pituitari dan Glandula Suprarenalis

a) Teori ini menunjukkan pada kehamilan dengan anensefalus (tanpa batok kepala), sehingga terjadi kelambatan dalam persalinan karena tidak terbentuk hipotalamus. Teori ini dikemukakan oleh Linggin 1973.

b) Pemberian kortikosteroid dapat menyebabkan maturitas janin

c) Oleh Malpar 1933, percobaan dilakukan dengan menggunakan hewan yaitu “otak kelinci”, dimana otak janin yang dikandung kelinci percobaan diambil, hasilnya kehamilan kelinci berlangsung lebih lama

d) Dari hasil percobaan disimpulkan ada hubungan antara hipotalamus pituitari dengan mulainya persalinan.

- e) Glandula suprarenalis merupakan pemicu terjadinya persalinan.
- 9) Teori Iritasi Mekanik
 

Di belakang serviks terdapat ganglion servikale (fleksus Frankenhauser). Bila ganglion ini digeser dan ditekan, misalnya oleh kepala janin, maka akan timbul kontraksi.
- 10) Teori Placenta Sudah Tua
 

Menurut teori ini, plasenta yang menjadi tua akan menyebabkan turunnya kadar estrogen dan progesteron yang menyebabkan kekejangan pembuluh darah, hal ini akan menimbulkan kontraksi rahim.
- 11) Teori Tekanan Cerviks
 

Fetus yang berpresentasi baik dapat merangsang akhiran saraf sehingga serviks menjaid lunak dan terjadi dilatasi internum yang mengakibatkan SAR (Segmen Atas Rahim) dan SBR (Segmen Bawah Rahim) bekerja berlawanan sehingga terjadi kontraksi dan retraksi.
- 12) Induksi Partus (*Induction of Labour*)
 

Partus juga dapat ditimbulkan dengan:

  - a) Gagang Laminaria: beberapa laminaria dimasukkan ke dalam kanalis servikalis dengan tujuan merangsang Fleksus Frankenhauser.
  - b) Amniotomi: pemecah ketuban.
  - c) Oksitosin Drips: pemberian oksitosin melalui tetesan infus per menit. Syarat induksi persalinan yang perlu diperhatikan bahwa serviks sudah matang (serviks sudah pendek dan lembek) dan kanalis servikalis terbuka untuk 1 jari.
- b. Tahapan Persalinan (Kala I, II, III dan IV)
 

Menurut Sofian (2013), tahapan persalinan terdiri dari 4 fase atau kala, yaitu:

  - 1) Kala 1 (Kala Pembukaan)
 

Inpartu (partus mulai) ditandai dengan keluarnya lendir bercampur darah (*bloody show*) karena serviks mulai membuka (dilatasi) dan mendatar (*effacement*).

Darah berasal dari pecahnya pembuluh darah kapiler di sekitar kanalis servisis akibat pergeseran ketika serviks mendatar dan membuka.

Kala pembukaan dibagi atas 2 fase, yaitu:

- a) Fase laten  
Pembukaan serviks yang berlangsung lambat sampai pembukaan 3 cm, lamanya 7-8 jam.
- b) Fase aktif  
Berlangsung selama 6 jam dan dibagi atas 3 subfase, yaitu:
  - (1) Periode akselerasi, berlangsung 2 jam, pembukaan menjadi 4 cm.
  - (2) Periode dilatasi maksimal (*steady*), selama 2 jam, pembukaan berlangsung cepat cm menjadi 9 cm.
  - (3) Periode deselerasi, berlangsung lambat, dalam waktu 2 jam pembukaan menjadi 10 cm (lengkap)

#### Asuhan Kala I

##### a. Asuhan Sayang Ibu

Menurut Marmi (2012), asuhan yang dapat diberikan kepada ibu selama kala I adalah:

- 1) Bantulah ibu dalam persalinan jika ibu tampak gelisah, ketakutan dan kesakitan.  
Berikan dukungan dan yakinkan dirinya, berilah informasi mengenai proses kemajuan persalinan, dengarkan keluhannya dan cobalah untuk lebih sensitif terhadap perasaannya.
- 2) Jika ibu tersebut tampak gelisah dukungan atau asuhan yang dapat diberikan.  
Lakukan perubahan posisi; posisi sesuai dengan keinginan, tetapi jika ibu di tempat tidur sebaiknya dianjurkan tidur miring ke kiri; sarankan ibu untuk berjalan; ajaklah orang yang menemaninya (suami atau ibunya) untuk memijat atau menggosok punggungnya; ibu diperbolehkan melakukan aktivitas sesuai dengan kesanggupannya; ajarkan kepada ibu teknik bernafas.
- 3) Menjaga hak privasi ibu dalam persalinan.
- 4) Menjelaskan kemajuan persalinan dan perubahan yang terjadi serta prosedur yang akan dilakukan dan hasil pemeriksaan.

- 5) Membolehkan ibu untuk mandi dan membasuh sekitar kemaluannya setelah BAK dan BAB.
  - 6) Berikan cukup minum untuk mencegah dehidrasi.
  - 7) Sarankan ibu untuk berkemih sesering mungkin.
- b. Memberikan Dukungan Persalinan
- Asuhan yang sifatnya mendukung selama persalinan merupakan ciri dari asuhan kebidanan. Asuhan yang mendukung artinya kehadiran yang aktif dan ikut serta dalam kegiatan yang sedang berlangsung. Dukungan tersebut meliputi lingkungan, pendampingan persalinan, mobilitas, pemberian informasi, teknik relaksasi, komunikasi, dorongan semangat dan sikap bidan dalam memberikan dukungan (Rukiah, 2012).
- c. Mengurangi Rasa Sakit
- Menurut Varney (dalam Marmi, 2012), pendekatan-pendekatan untuk mengurangi rasa sakit saat persalinan adalah seorang yang dapat mendukung persalinan, pengaturan posisi, relaksasi dan latihan pernapasan, istirahat dan privasi, penjelasan mengenai proses atau kemajuan atau prosedur, asuhan tubuh dan sentuhan.
- d. Persiapan Persalinan
- Menurut Marmi (2012), persiapan persalinan yang dilakukan adalah persiapan ruangan untuk persalinan dan kelahiran bayi, menyiapkan perlengkapan, bahan-bahan dan obat-obatan dan rujukan (bila diperlukan).
- e. Penggunaan Partograf
- Partograf adalah alat bantu untuk memantau kemajuan kala satu persalinan dan informasi untuk membuat keputusan klinik.
- Tujuan utama dari penggunaan partograf untuk mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan dengan menilai pembukaan serviks melalui pemeriksaan dalam; mendeteksi apakah proses persalinan berjalan secara normal, dengan demikian juga dapat mendeteksi secara dini kemungkinan terjadinya partus lama; dan data pelengkap yang terkait dengan pemantauan kondisi ibu, kondisi bayi, grafik kemajuan proses persalinan, bahan dan medikamentosa yang diberikan, pemeriksaan laboratorium, membuat keputusan klinik dan asuhan atau tindakan yang

diberikan dimana semua itu dicatatkan secara rinci pada status atau rekam medik ibu bersalin dan bayi baru lahir.

Partograf harus digunakan untuk semua ibu dalam fase aktif kala satu persalinan dan merupakan elemen penting dari asuhan persalinan, selama persalinan dan kelahiran di semua tempat, secara rutin oleh semua penolong persalinan yang memberikan asuhan persalinan kepada ibu dan proses kelahiran bayinya.

Kondisi ibu dan bayi harus dinilai dan dicatat secara seksama, yaitu:

- 1) Denyut jantung janin setiap  $\frac{1}{2}$  jam
- 2) Frekuensi dan lamanya kontraksi uterus setiap  $\frac{1}{2}$  jam
- 3) Nadi setiap  $\frac{1}{2}$  jam
- 4) Pembukaan serviks setiap 4 jam
- 5) Penurunan setiap 4 jam
- 6) Tekanan darah dan temperatur tubuh setiap 4 jam
- 7) Produksi urine, aseton dan protein setiap 2 sampai 4 jam.

Pencatatan selama fase aktif persalinan dimulai pada pembukaan serviks 4 cm. Halaman depan partograf mencantumkan bahwa observasi dimulai pada fase aktif persalinan dan menyediakan lajur dan kolom untuk mencatat hasil-hasil pemeriksaan selama fase aktif persalinan, termasuk informasi tentang ibu: nama, umur, gravida, para, abortus, nomor catatan medis (puskesmas), tanggal dan waktu mulai dirawat, waktu pecahnya selaput ketuban, kondisi janin DJJ, warna dan adanya air ketuban, penyusupan (molase) kepada janin, kemajuan persalinan: pembukaan serviks, penurunan bagian terbawah janin atau presentasi janin, garis waspada dan garis bertindak, jam dan waktu: waktu mulainya fase aktif persalinan, waktu aktual saat pemeriksaan, kontraksi uterus: frekuensi dan lamanya, obat-obatan dan cairan yang diberikan: oksitosin, obat-obatan lainnya dan cairan IV yang diberikan, kondisi ibu: nadi, tekanan darah dan temperatur tubuh, urine (volume, aseton/protein), asuhan, pengamatan dan keputusan klinik lainnya.



Denyut jantung janin. Nilai dan catat denyut jantung janin (DJJ) setiap 30 menit (lebih sering jika ada tanda-tanda gawat janin). Setiap kotak pada bagian ini, menunjukkan waktu 30 menit. Skala angka di sebelah kolom paling kiri menunjukkan DJJ. Catat DJJ dengan memberi tanda titik pada garis yang sesuai dengan angka yang menunjukkan DJJ. Kemudian hubungkan titik yang satu dengan titik lainnya dengan garis tidak terputus. Kisaran normal DJJ terpapar pada partograf di antara garis tebal angka 180 dan 100. Tetapi penolong harus sudah waspada bila DJJ di bawah 120 atau di atas 160.

Warna dan adanya air ketuban. Nilai air ketuban setiap kali dilakukan pemeriksaan dalam dan nilai warna air ketuban jika selaput ketuban pecah. Catat temuan dalam kotak yang sesuai di bawah lajur DJJ. Gunakan lambang-lambang berikut: **U** (ketuban utuh/belum pecah), **J** (ketuban sudah pecah dan air ketuban jernih), **M** (ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur mekonium), **D** (ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur darah), **K** (ketuban sudah pecah dan tidak ada air ketuban/kering).

Molase (Penyusupan kepala janin). Penyusupan adalah indikator penting tentang seberapa jauh kepala bayi dapat menyesuaikan diri dengan bagian keras panggul ibu. Tulang kepala yaang saling menyusup atau tumpang tindih menunjukkan kemungkinan adanya disproporsi tulang panggul (CPD). Catat temuan di kotak yang sesuai di bawah lajur air ketuban setiap kali melakukan pemeriksaan dalam. Gunakan lambanng berikut: **0** (tulang-tulang kepala janin terpisah, sutura dengan mudah dapat dipalpasi), **1** (tulang-tulang kepala janin hanya saling bersentuhan), **2** (tulang-tulang kepala janin saling tumpah tindih, tapi masih dapat dipisahkan), **3** (tulang-tulang kepala janin tumpang tindih dan tidak dapat dipisahkan).

Kemajuan Persalinan kolom dan lajur kedua pada partograf adalah untuk pencatatan kemajuan persalinan. Angka 0-10 yang tertera di tepi kolom paling kiri adalah besarnya dilatasi serviks. Setiap angka atau kotak menunjukkan besarnya pembukaan serviks. Kotak yang satu dengan kotak yang lain pada lajur di atasnya, menunjukkan penambahan dilatasi sebesar 1 cm. Skala angka 1-5 juga menunjukkan seberapa jauh penurunan janin. Masing-masing kotak di bagian ini menyatakan waktu 30 menit. Pembukaan serviks.

Nilai dan catat pembukaan serviks setiap 4 jam (lebih sering dilakukan jika ada tanda-tanda penyulit). Saat ibu berada dalam fase akhir persalinan, catat pada partograf hasil temuan dari setiap pemeriksaan. Tanda “X” harus ditulis di garis waktu yang sesuai dengan lajur besarnya pembukaan serviks.

Penurunan bagian terendah atau presentasi janin. Setiap kali melakukan pemeriksaan dalam (setiap 4 jam), atau lebih sering jika ada tanda-tanda penyulit, nilai dan catat turunnya bagian terbawah atau presentasi janin. Kemajuan pembukaan serviks umumnya diikuti turunnya bagian terbawah pada persalinan normal. Tapi kadangkala presentasi janin baru terjadi setelah pembukaan sebesar 7 cm.

“Turunnya kepala” dan garis tidak putus dari 0-5, tertera di sisi yang sama dengan angka “O” pada garis waktu yang sesuai pembukaan serviks. Berikan tanda “O”. Hubungkan tanda “O” dari setiap hasil pemeriksaan dengan tanda garis tidak terputus (Marmi, 2012).

## 2) Kala II (Kala Pengeluaran Janin)

Pada kala pengeluaran janin, his terkoordinasi, kuat, cepat dan lebih lama, kira-kira 2-3 menit sekali. Kepala janin telah turun dan masuk ke ruang panggul sehingga terjadilah tekanan pada otot-otot

dasar panggul yang melalui lengkung refleksi menimbulkan rasa mencedan. Karena tekanan pada rektum, ibu merasa seperti mau buang air besar, dengan tanda anus terbuka. Pada waktu his, kepala janin mulai kelihatan, vulva membuka dan perineum meregang. Dengan his dan mencedan yang terpinpin, akan lahir kepala, diikuti oleh seluruh badan janin. Kala II pada primi berlangsung selama 1½-2 jam, pada multi ½ -1 jam.

Menurut Marmi (2012), asuhan sayang ibu adalah asuhan yang menghargai budaya, kepercayaan dan keinginan sang ibu.

Asuhan sayang ibu dalam kala II yaitu :

a) Pendampingan keluarga

Selama proses persalinan berlangsung ibu membutuhkan teman dan keluarga. Biasa dilakukan oleh suami, orang tua atau kerabat yang disukai ibu. Dukungan dari keluarga yang mendampingi ibu selama proses persalinan sangat membantu mewujudkan persalinan lancar.

b) Libatkan keluarga

Keterlibatan keluarga dalam asuhan antara lain bantu ibu berganti posisi, teman bicara, melakukan ransangan taktil, memberikan makanan dan minuman, membantu mengatasi rasa nyeri dengan memijat bagian lumbal atau pinggang belakang.

c) KIE proses persalinan

Penolong persalinan memberi pengertian tentang tahapan dan kemajuan persalinan atau kelahiran janin pada ibu dan keluarga. Tujuannya agar ibu tidak cemas menghadapi persalinan serta memberikan kesempatan ibu untuk bertanya hal yang belum jelas sehingga dapat memberikan informasi apa yang dialami oleh ibu dan janinnya dalam hasil pemeriksaan yang telah dilakukan.

d) Dukungan psikologi

Dukungan psikologi dapat diberikan dengan bimbingan dan menanyakan apakah ibu memerlukan pertolongan. Berusaha

menenangkan hati ibu dalam menghadapi dan menjalani proses persalinan dengan rasa nyaman.

e) Membantu ibu memilih posisi

(1) Posisi jongkok atau berdiri

Menurut Marmi (2012), posisi jongkok memudahkan penurunan kepala janin, memperluas rongga panggul sebesar 28 persen lebih besar pada pintu bawah panggul, memperkuat dorongan meneran. Keuntungan posisi jongkok atau berdiri yaitu membantu penurunan kepala, memperbesar dorongan untuk meneran, dan mengurangi rasa nyeri. Menurut Marmi (2012), kekurangan dari posisi jongkok atau berdiri yaitu member cidera kepala bayi, posisi ini kurang menguntungkan karena menyulitkan pemantauan perkembangan pembukaan dan tindakan-tindakan persalinan lainnya.

(2) Setengah duduk

Posisi ini posisi yang paling umum diterapkan diberbagai rumah sakit di segenap penjuru tanah air, pada posisi ini pasien duduk dengan punggung bersandar bantal, kaki ditekuk dan paha dibuka ke arah samping. Posisi ini cukup membuat ibu merasa nyaman. Keuntungan dari posisi ini adalah memudahkan melahirkan kepala bayi, membuat ibu nyaman dan jika merasa lelah ibu bisa beristirahat dengan mudah.

(3) Posisi berbaring miring ke kiri

Posisi berbaring miring ke kiri dapat mengurangi penekanan pada vena cava inferior sehingga dapat mengurangi kemungkinan terjadinya hipoksia karena suplay oksigen tidak terganggu dapat memberi suasana rileks bagi ibu yang mengalami kecapean dan dapat pencegahan terjadinya laserasi/robekan jalan lahir (Marmi, 2012). Keuntungan posisi berbaring miring ke kiri yaitu memberi rasa santai pada ibu yang letih, memberi

oksigenasi yang baik bagi bayi dan membantu mencegah terjadinya laserasi. Sedangkan kekurangannya yaitu menyulitkan bidan dan dokter untuk membantu proses persalinan karena letak kepala bayi susah dimonitor, dipegang maupun diarahkan.

(4) Posisi duduk

Posisi ini membantu penolong persalinan lebih leluasa dalam membantu kelahiran kepala janin serta lebih leluasa untuk dapat memperhatikan perineum (Marmi, 2012). Keuntungan posisi duduk yaitu memberikan rasa nyaman bagi ibu, memberikan kemudahan untuk istirahat saat kontraksi dan gaya gravitasi dapat membantu mempercepat kelahiran.

(5) Posisi merangkak

Keuntungan posisi merangkak yaitu mengurangi rasa nyeri punggung saat persalinan, membantu bayi melakukan rotasi dan peregangan perineum lebih sedikit.

f) Cara meneran

Ibu dianjurkan meneran jika ada kontraksi atau dorongan yang kuat dan adanya spontan keinginan untuk meneran. Dan pada saat relaksasi ibu dianjurkan istirahat untuk mengantisipasi agar ibu tidak kelelahan dan menghindari terjadinya resiko afiksia (Marmi, 2012).

g) Pemberian nutrisi

Ibu bersalin perlu diperhatikan pemenuhan kebutuhan cairan, elektrolit dan nutrisi. Hal ini untuk mengantisipasi ibu mengalami dehidrasi. Dehidrasi dapat berpengaruh pada gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit yang penting artinya dalam menimbulkan kontraksi uterus (Marmi, 2012).

Menolong persalinan sesuai 60 langkah APN.

a. Melihat tanda dan gejala kala II

1) Mengamati tanda dan gejala persalinan kala II

a) Ibu mempunyai keinginan untuk meneran

- b) Ibu merasa tekanan yang semakin meningkat pada rectum atau vaginanya
  - c) Perineum menonjol
  - d) Vulva-vagina dan sfingter anal membuka
- b. Menyiapkan pertolongan persalinan
  - 1) Memastikan perlengkapan bahan, dan obat-obatan esensial siap digunakan. Mematahkan ampul oksitosin 10 unit dan menempatkan tabung suntiksteril sekali pakai didalam partus set.
  - 2) Mengenakan baju penutup atau celemek plastic yang bersih
  - 3) Melepaskan semua perhiasan yang dipakai dibawah siku, mencuci tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir dan mengeringkan dengan handuk satu kali pakai/ pribadi yang bersih.
  - 4) Memakai sarung tangan DTT atau steril untuk semua pemeriksaan dalam.
  - 5) Mengisap oksitosin 10 unit kedalam tabung suntik (dengan memakai sarung tangan desinfeksi tingkat tinggi atau steril) dan meletakkan kembali kedalam partus set/wadah desinfeksitingkat tinggi atau steril tanpa mengontaminasi tabung suntik.
- c. Memastikan pembukaan lengkap dengan janin baik
  - 6) Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan kebelakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang sudah dibasahi air desinfeksi tingkat tinggi. Jika mulut vagina, perineum, atau anus terkontaminasi oleh kotoran ibu, membersihkannya dengan seksama dengan cara menyeka dari depan ke belakang. Membuang kapas atau kasa yang terkontaminasi dalam wadah yang benar. Mengganti sarung tangan jika terkontaminasi (meletakkan kedua sarung tangan tersebut dengan benar didalam larutan dekontaminasi, langkah # 9).
  - 7) Dengan menggunakan teknik aseptik, melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa pembukaan serviks sudah lengkap. Bila selaput ketuban belum pecah, sedangkan pembukaan sudah lengkap, lakukan amniotomi.
  - 8) Mendekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kotor kedalam larutan klorin

- 0,5% dan kemudian melepaskannya dalam keadaan terbalik serta merendamnya didalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Mencuci kedua tangan (seperti diatas).
- 9) Memeriksa denyut jantung janin (DJJ) setelah kontreksi berakhir untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal yaitu 120-160x/menit.
    - a) Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal
    - b) Mendokumentasikan hasil-hasil pemeriksaan dalam, DJJ, dan semua hasil-hasil penilaian serta asuhan lainnya pada partograf.
  - d. Menyiapkan ibu dan keluarga untuk membantu proses persalinan meneran.
    - 10) Memberitahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik. Membantu ibu dalam posisi yang nyaman sesuai dengan keinginannya
      - a) Menunggu hingga ibu mempunyai keinginan untuk meneran. Melanjutkan pemantauan kesehatan dan kenyamanan ibu serta janin sesuai dengan pedoman persalinan aktif dan mendokumentasikan temuan-temuan.
      - b) Menjelaskan kepada anggota keluarga bagaimana mereka dapat mendukung dan memberi semangat kepada ibu saat ibu mulai meneran.
    - 11) Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran. (pada saat ada His, bantu ibu dalam posisi setengah duduk dan pastikan ia merasa nyaman).
    - 12) Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran :
      - a) Membimbing ibu untuk meneran saat ibu mempunyai keinginan untuk meneran.
      - b) Mendukung dan memberi semangat atas usaha ibu untuk meneran
      - c) Membantu ibu untuk mengambil posisi yang nyaman sesuai dengan pilihannya
      - d) Menganjurkan ibu untuk berbaring diantara kontraksi
      - e) Menganjurkan keluarga untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu
      - f) Menganjurkan asupan cairan per oral
      - g) Menilai DJJ setiap lima menit

- h) Jika bayi belum lahir atau kelahiran bayi belum akan terjadi segera dalam waktu 120 menit (2 jam) meneran untuk ibu primipara atau 60 menit (1 jam) untuk ibu multipara, merujuk segera. Jika ibu tidak mempunyai keinginan untuk meneran.
  - i) Menganjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok, atau mengambil posisi yang aman. Jika ibu belum ingin meneran dalam 60 menit, anjurkan ibu untuk meneran pada puncak kontraksi-kontraksi tersebut dan beristirahat diantara kontraksi.
  - j) Jika bayi belum lahir atau kelahiran bayi belum akan terjadi segera setelah 60 menit meneran, merujuk ibu dengan segera.
- 13) Jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, letakkan handuk bersih diatas perut ibu untuk mengeringkan bayi.
  - 14) Meletakkan kain yang bersih dilipat 1/3 bagian, dibawah bokong ibu
  - 15) Membuka partus set
  - 16) Memakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan
  - 17) Saat kepala bayi membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain tadi, letakkan tangan yang lain dikepala bayi dan lakukan tekanan yang lembut dan menghambat pada kepala bayi, membiarkan kepala keluar perlahan-lahan. Menganjurkan ibu untuk meneran perlahan-lahan atau bernapas cepat secara perlahan-lahan.
  - 18) Dengan lembut menyeka muka, mulut dan hidung bayi dengan kain atau kasa yang bersih. (langkah ini tidak harus dilakukan)
  - 19) Memeriksa lilitan tali pusat dan mengambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan kemudian meneruskan segera proses kelahiran bayi.
  - 20) Menunggu hingga kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan.
  - 21) Setelah kepala bayi melakukan putaran paksi luar, tempatkan kedua tangan di masing-masing sisi muka bayi. Menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi berikutnya. Dengan lembut menariknya kearah bawah dan kearah luar hingga bahu anterior muncul dibawah arkus pubis dan kemudian dengan lembut menarik ke atas dan ke arah luar untuk melahirkan bahu posterior.



- 22) Setelah kedua bahu dilahirkan, menelusur tangan mulai kepala bayi yang berada dibagian bawah ke arah perineum, membiarkan bahu dan lengan posterior lahir ke tangan tersebut. Mengeendalikan kelahiran siku dan tangan bayi saat melewati perineum, gunakan lengan bagian bawah untuk menyangga tubuh bayi saat dilahirkan menggunakan tangan anterior (bagian atas) untuk mengendalikan siku dan tangan anterior bayi saat keduanya lahir.
- 23) Setelah tubuh dan lengan lahir, menelusurkan tangan yang ada diatas (anterior) dari punggung kearah kaki bayi untuk menyangganya saat punggung kaki lahir. Memegang kedua mata kaki bayi dengan hati-hati membantu kelahiran kaki.
- 24) Menilai bayi dengan cepat (dalam 30 detik), kemudian letakkan bayi diatas perut ibu dengan posisi kepala bayi sedikit lebih rendah dari tubuhnya (bila tali pusat terlalu pendek, meletakkan bayi ditempat yang memungkinkan). Bila bayi mengalami asfiksia, lakukan resusitasi.
- 25) Segera membungkus kepala dan badan bayi dengan handuk dan biarkan kontak kulit ibu-bayi. Lakukan penyuntikan oksitosin/i.m.
- 26) Menjepit tali pusat menggunakan klem tali pusat kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Melakukan urutan pada tali pusat mulai dari klem ke arah ibu dan memasang klem 2 cm dari klem pertama.
- 27) Memegang tali pusat dengan satu tangan, melindungi bayi dari gunting dan memotong tali pusat diantara dua klem tersebut.
- 28) Mengeringkan bayi, mengganti handuk yang basah dan menyelimuti bayi dengan kain atau selimut yang bersih dan kering, menutupi bagian kepala, membiarkan tali pusat terbuka. Jika bayi mengalami kesulitan bernapas, ambil tindakan yang sesuai.
- 29) Memberikan bayi kepada ibunya dan menganjurkan ibu untuk memeluk bayinya dan memulai pemberian ASI jika ibu menghendaknya.
- 30) Meletakkan kain yang bersih dan kering. Melakukan palpasi abdomen untuk menghilangkan kemungkinan adanya bayi kedua.
- 31) Memberitahu kepada ibu bahwa ia akan disuntik\

- 32) Dalam waktu 2 menit setelah kelahiran bayi, berikan suntikan oksitosin 10 unit/i.m.di gluteus atau 1/3 atas paha kanan ibu bagian luar, setelah mengaspirasinya terlebih dahulu.
- 33) Memindahkan klem pada tali pusat
- 34) Meletakkan satu tangan diatas kain yang ada diperut ibu, tepat diatas tulang pubis, dan menggunakan tangan ini untuk melakukan palpasi kontraksi dan menstabilkan uterus. Memegang tali pusat dan klem dengan tangan yang lain.
- 35) Menunggu uterus berkontraksi dan kemudian melakukan penegangan kea rah bawah pada tali pusat dengan lembut. Lakukan tekanan yang berlawanan arah pada bagian bawah uterus dengan cara menekan uterus kea rah atas dan belakang (dorso kranial) dengan hati-hati untuk membantu mencegah terjadinya inversio uteri. Jika placenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan menunggu hingga kontraksi berikut mulai.
- 36) Setelah placenta terlepas, meminta ibu untuk meneran sedikit sambil menarik tali pusat kebawah dan kemudian ke arah atas, mengikuti kurva jalan lahir sambil meneruskan tekanan berlawanan arah pada uterus.
- 37) Jika placenta terlihat di introitus vagina, melanjutkan kelahiran placenta dengan menggunakan kedua tangan. Memegang tali pusat dengan kedua tangan dan hati-hati memutar placenta hingga selaput ketuban terpilin.dengan lembut perlahan melahirkan selaput ketuban tersebut.
- 38) Segera setelah placenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus, meletakkan telapak tangan di fundus dan melakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus menjadi keras).
- 39) Memeriksa kedua sisi placenta baik yang menempel ke ibu maupun jani dan selaput ketuban untuk memastikan placenta di dalam kantong plastic atau tempat khusus.
- 40) Mengevaluasi adanya laserasi pada vagina dan perineum dan segera menjahit laserasi yang mengalami perdarahan aktif.
- 41) Menilai ulang uterus dan memastikan berkontraksi dengan baik.

- 42) Mencelupkan kedua tangan yang memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%. Membilas kedua tangan yang masih bersarung tangan tersebut dengan airdesinfeksi tingkat tinggi dan mengeringkannya dengan kain yang bersih dan kering.
- 43) Menempatkan klem tali pusat desinfeksi tingkat tinggi atau steril atau mengikat tali desinfeksi tingkat tinggi dengan simpul mati sekeliling tali pusat sekitar 1 cm dari pusat.
- 44) Mengikat satu lagi simpul mati dibagian pusat yang berseberanangan dengan simpul mati yang pertama.
- 45) Melepaskan klem bedah dan meletakkannya ke dalam larutan klorin 0,5 %.
- 46) Menyelimuti kembali bayi dan menutupi bagian kepalanya. Memastikan handuk atau kainnya bersih atau kering.
- 47) Menganjurkan ibu untuk memulai pemberia ASI.
- 48) Melanjutkan pementauan kontraksi uterus dan perdarahan pervaginam.
- 49) Mengajarkan pada ibu atau keluarga bagaimana melakukan masase uterus dan kontraksi uterus.
- 50) Mengevaluasi kehilangan darah
- 51) Memeriksa tekanan darah, nadi, dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama 1 jam pertama pascapersalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pascapersalinan.
- 52) Menempatkan semua peralatan didalam larutan klorin 0,5 % untuk dekontaminasi (10 menit). Mencuci dan membilas peralatan setelah dekontaminasi.
- 53) Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi kedalam tempat sampah yang sesuai.
- 54) Membersihkan ibu dengan air desinfeksi tingkat tinggi. Membersikan cairan ketuban, lendir, dan darah. Membantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.
- 55) Memastikan bahwa ibu nyaman. Membantu ibu memberikan ASI. Menganjurkan keluarga untuk memberikan ibu minuman dan makanan yang diinginkan.
- 56) Mendekontaminasi daerah yang digunakan untuk melahirkan dengan larutan klorin 0,5% dan membilas denagn air bersih

- 57) Mencelupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5%, membalikan bagian dalam ke luar dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
  - 58) Mencuci kedua tangan dengan sabundan air mengalir.
  - 59) Melengkapi partograf.
  - 60) Pendokumentasian.
- 3) Kala III (Kala Pengeluaran Uri)

Setelah bayi lahir, kontraksi rahim beristirahat sebentar. Uterus teraba keras dengan fundus uteri setinggi pusat dan berisi plasenta yang menjadi dua kali lebih tebal dari sebelumnya. Beberapa saat kemudian, timbul his pelepasan dan pengeluaran uri. Dalam waktu 5-10 menit, seluruh plasenta terlepas, terdorong ke dalam vagina dan akan lahir spontan atau dengan sedikit dorongan dari atas simfisis atau fundus uteri. Seluruh proses biasanya berlangsung 5-30 menit setelah bayi lahir. Pengeluaran plasenta disertai dengan pengeluaran darah kira-kira 100-200 cc.

#### Manajemen aktif kala III

Mengupayakan kontraksi yang adekuat dari uterus dan mempersingkat waktu kala III, mengurangi jumlah kehilangan darah, menurunkan angka kejadian retensio plasenta. Tiga langkah utama manajemen aktif kala III adalah pemberian oksitosin/uterotonika sesegera mungkin, melakukan penegangan tali pusat terkendali (PTT), rangsangan taktil pada dinding uterus atau fundus uteri (Rukiah, 2012).

#### 4) Kala IV

Kala IV adalah kala pengawasan selama 1 jam setelah bayi dan uri lahir untuk mengamati keadaan ibu, terutama terhadap bahaya perdarahan postpartum (JNPK-KR, 2008).

#### c. Tujuan Asuhan Persalinan

Menurut Kuswanti dan Melina (2014), tujuan asuhan persalinan adalah:

- a) Memberikan dukungan baik secara fisik maupun emosional kepada ibu dan keluarga selama persalinan dan kelahiran.

- b) Melakukan pengkajian, membuat diagnosis, mencegah, menangani komplikasi-komplikasi dengan cara pemantauan ketat dan deteksi dini selama persalinan dan kelahiran.
  - c) Melakukan rujukan pada kasus-kasus yang tidak bisa ditangani sendiri untuk mendapatkan asuhan spesialis jika perlu.
  - d) Memberikan asuhan yang adekuat pada ibu, sesuai dengan intervensi minimal tahap persalinannya.
  - e) Memperkecil risiko infeksi dengan melaksanakan pencegahan infeksi yang aman.
  - f) Selalu memberitahukan kepada ibu dan keluarganya mengenai kemajuan, adanya penyulit maupun intervensi yang akan dilakukan dalam persalinan.
  - g) Memberikan asuhan yang tepat untuk bayi segera setelah lahir.
  - h) Membantu ibu dengan pemberian ASI dini.
- d. Tanda-tanda Persalinan

Menurut Marmi (2012), tanda-tanda persalinan adalah:

- 1) Tanda-tanda persalinan bahwa persalinan sudah dekat
  - a) Terjadi *Lightening*

Menjelang minggu ke-36, tanda primigravida terjadi penurunan fundus uteri karena kepala bayi sudah masuk pintu atas panggul yang disebabkan kontraksi *Braxton Hiks*, ketegangan dinding perut, ketegangan *ligamentum Rotundum* dan gaya berat janin dimana kepala ke arah bawah. Masuknya bayi ke pintu atas panggul menyebabkan ibu merasakan:

- (1) Ringan dibagian atas dan rasa sesaknya berkurang
  - (2) Bagian bawah perut ibu terasa penuh dan mengganjal
  - (3) Terjadinya kesulitan saat berjalan
  - (4) Sering kencing (*follaksuria*)
- b) Terjadinya His Permulaan

Makin tua kehamilan, pengeluaran estrogen dan progesteron makin berkurang sehingga produksi oksitosin meningkat, dengan demikian dapat menimbulkan kontraksi yang lebih sering, his permulaan ini lebih sering diistilahkan his palsu. Sifat his palsu, antara lain rasa nyeri ringan dibagian bawah, datangnya tidak teratur, tidak ada perubahan pada serviks atau tidak ada tanda-tanda

kemajuan persalinan, durasinya pendek dan tidak bertambah bila beraktivitas

2) Tanda-tanda timbulnya persalinan (Inpartu)

a) Terjadinya His Persalinan

His adalah kontraksi rahim yang dapat diraba menimbulkan rasa nyeri di perut serta dapat menimbulkan pembukaan serviks kontraksi rahim dimulai pada 2 *face maker* yang letaknya didekat *cornu uteri*. His yang menimbulkan pembukaan serviks dengan kecepatan tertentu disebut his efektif. His efektif mempunyai sifat: adanya dominan kontraksi uterus pada fundus uteri (*fundal dominance*), kondisi berlangsung secara *syncron* dan harmonis, adanya intensitas kontraksi yang maksimal diantara dua kontraksi, irama teratur dan frekuensi yang kian sering, lama his berkisar 45-60 detik.

Pengaruh his sehingga dapat menimbulkan: terhadap desakan daerah uterus (meningkat), terhadap janin (penurunan), terhadap korpus uteri (dinding menjadi tebal), terhadap isthmus uterus (teregang dan menipis), terhadap kanalis servikalis (*effacement* dan pembukaan).

His persalinan memiliki ciri-ciri sebagai berikut pinggangnya terasa sakit dan menjalar ke depan, sifat his teratur, interval semakin pendek dan kekuatan semakin besar, terjadi perubahan pada serviks, jika pasien menambah aktivitasnya, misalnya dengan berjalan, maka kekuatan hisnya akan bertambah.

b) Keluarnya lendir bercampur darah pervaginam (*show*)

Lendir berasal dari pembukaan yang menyebabkan lepasnya lendir berasal dari kanalis servikalis. Sedangkan pengeluaran darah disebabkan robeknya pembuluh darah waktu serviks membuka.

c) Kadang-kadang ketuban pecah dengan sendirinya

Sebagian ibu hamil mengeluarkan air ketuban akibat pecahnya selaput ketuban. Jika ketuban sudah pecah, maka ditargetkan persalinan dapat berlangsung dalam 24 jam. Namun apabila tidak

tercapai, maka persalinan harus diakhiri dengan tindakan tertentu, misalnya ekstraksi vakum atau *sectio caesaria*.

d) Dilatasi dan *effacement*

Dilatasi adalah terbukanya kanalis servikalis secara berangsur-angsur akibat pengaruh his. *Effacement* adalah pendataran atau pemendekan kanalis servikalis yang semula panjang 1-2 cm menjadi hilang sama sekali, sehingga tinggal hanya ostium yang tipis seperti kertas.

e. Faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan

1) Passenger

a) Janin

Bagian yang paling besar dan keras dari janin adalah kepala janin. Posisi dan besar kepala janin dapat mempengaruhi jalannya persalinan sehingga dapat membahayakan hidup dan kehidupan janin kelak (Rukiah, dkk, 2012).

b) Air ketuban

Sebagai cairan pelindung dalam pertumbuhan dan perkembangan janin, air ketuban berfungsi sebagai “bantalan” untuk melindungi janin terhadap trauma dari luar. Tak hanya itu saja, air ketuban juga berfungsi melindungi janin dari infeksi, menstabilkan perubahan suhu dan menjadi sarana yang memungkinkan janin bergerak bebas. Seiring dengan bertambahnya usia kehamilan, aktifitas organ tubuh janin juga mempengaruhi cairan ketuban.

Kelebihan air ketuban dapat berdampak pada kondisi janin. Untuk menjaga kestabilan air ketuban, bayi minum air ketuban didalam tubuh ibunya dan kemudian mengeluarkannya dalam bentuk kencing. Jadi jika terdapat volume air ketuban yang berlebih, diprediksi terdapat gangguan pencernaan atau gangguan pada saluran pembuangan sang bayi yang ditandai dengan kencingnya yang tidak normal.

Kekurangan cairan ketuban bisa disebabkan berbagai hal diantaranya menurunnya fungsi plasenta akibat kehamilan yang melebihi waktu, ketuban yang bocor atau kelainan janin yang

berhubungan dengan penyumbatan kandung kemih (Walyani dan Purwoastuti, 2015).

c) Plasenta

Plasenta juga harus melalui jalan lahir, plasenta juga dianggap sebagai penumpang yang menyertai janin. Namun, plasenta jarang menghambat proses persalinan pada persalinan normal. Plasenta adalah bagian penting dari kehamilan karena plasenta memiliki peranan berupa transpor zat dari ibu ke janin, pemnghasil hormon yang berguna selama kehamilan, serta berbagai barier. Apabila terjadi kelainan pada plasenta maka akan menyebabkan kelainan pada janin atau mengganggu proses persalinan. Kelainan pada plasenta dapat berupa gangguan fungsi dari plasenta atau gangguan implantasi dari plasenta. Gangguan dari implantansi plasenta dapat berupa kelainan letak implantasinya atau kelainan dari kedalaman implantasinya. Kelainan letak implantasi disebut plasenta previa, sedangkan kelainan kedalaman dari implantasi disebut plasenta akreta, inkreta dan perkreta (Marmi, 2012).

2) *Passage* (Jalan lahir)

a) Pengertian *passage*

Menurut Lailiyana (2011), *passage* atau jalan lahir terdiri dari bagian keras (tulang-tulang panggul dan sendi-sendinya) dan bagian lunak (otot-otot atau jaringan dan ligament) tulang-tulang panggul meliputi 2 tulang pangkalan paha (*ossa coxae*), 1 tulang kelangkang (*ossa sacrum*) dan 1 tulang tungging (*ossa coccygis*).

b) Ukuran-ukuran panggul

(1) Pintu Atas Panggul (PAP)

Batas-batas pintu atas panggul (PAP) adalah promontorium, sayap *sacrum*, *linea innominata*, *ramsu superior osis pubis* dan tepi atas simfisis. Ukuran-ukuran PAP yaitu :



- (a) Ukuran muka belakang/diameter antero posterior/konjugata vera (CV) adalah dari promontorium ke pinggir atas simfisis >11 cm. Cara mengukur CV = CD-1½. CD (Conjugata Diagonalis) adalah jarak antara promontorium ke tepi atas simfisis
- (b) Ukuran melintang adalah ukuran terbesar antara linea iniminata diambil tegak lurus pada konjugata vera (12,5-13,5).
- (c) Ukuran serong dari artikulasio sakroiliaka ke tuberkulum pubikum dari belahan panggul yang bertentangan.

## (2) Bidang luas panggul

Menurut Lailiyana (2011), bidang luas panggul adalah bidang dengan ukuran-ukuran yang terbesar terbentang antara pertengahan *asetabulum* dan pertemuan antara ruas sacral II dan III. Ukuran muka belakang 12,75 cm dan ukuran melintang 12,5 cm.

## (3) Bidang sempit panggul

Menurut Lailiyana (2011), bidang sempit panggul adalah bidang dengan ukuran-ukuran yang terkecil. Terdapat setinggi tepi bawah simfisis, kedua *spina iskiadika* dan memotong sacrum 1-2 cm di atas ujung sacrum. Ukuran muka belakang 11,5 cm, ukuran melintang 10 cm dan diameter *segitalis posterior* (dari *sacrum* ke pertengahan antara *spina ischiadica*) 5 cm.

## (4) Pintu bawah panggul

Pintu Bawah Panggul (PBP) terdiri dari 2 segitiga dengan dasar yang sama, yaitu garis yang menghubungkan kedua

*tuberiskiadikum* kiri dan kanan. Puncak segitiga belakang adalah ujung *os sacrum* sedangkan segitiga depan adalah arkus pubis. Menurut Lailiyana (2011), ukuran-ukuran PBP adalah:

- (a) Ukuran muka belakang. Dari pinggir bawa simfisis ke ujung sacrum (11,5 cm).
- (b) Ukuran melintang antara *tuberiskiadikum* kiri dan kanan sebelah dalam (10,5 cm).
- (c) Diameter sagitalis posterior, dari ujung sacrum ke pertengahan ukuran melintang (7,5 cm).

(5) Bidang hodge

Menurut Kuswanti dan Melina (2014), bidang hodge antara lain sebagai berikut :

- (a) *Hodge I* : bidang yang dibentuk pada lingkaran PAP dengan bagian atas symphysis dan *promontorium*.
- (b) *Hodge II* : sejajar dengan *hodge I*, terletak setinggi bagian bawah symphysis
- (c) *Hodge III* : sejajar dengan *hodge I* dan II, terletak setinggi *spina ischiadika* kanan dan kiri
- (d) *Hodge IV* : sejajar dengan *hodge I*, II, III, terletak setinggi *os koksigis*.

3) *Power* (His dan mengejan)

Kekuatan yang mendorong janin dalam dalam persalinan adalah his, kontraksi otot-otot perut, kontraksi diafragma dan aksi dari ligament (Walyani dan Purwoastuti, 2015).

a) His

His adalah gelombang kontraksi ritmis otot-otot polos dinding uterus yang dimulai dari daerah fundus uteri dimana tuba fallopi memasuki dinding uterus, awal gelombang tersebut didapat dari

“pacemaker” yang terdapat dari dinding uterus daerah tersebut. Pada waktu kontraksi, otot-otot polos rahim bekerja dengan baik dan sempurna memiliki sifat yaitu kontraksi simetris, fundus dominan dan relaksasi.

Pada awal berkontraksi, otot-otot rahim menguncup sehingga menjadi menebal dan lebih pendek. Kandung uteri menjadi lebih kecil serta mendorong janin dan kantong amnion ke arah segmen bawah rahim dan serviks. Sifat-sifat his adalah involutir, intermiten, terasa sakit, terkoordinasi serta kadang dipengaruhi oleh fisik, kimia, psikis.

Perubahan-perubahan akibat his adalah:

(1) Pada uterus dan serviks

Uterus terasa keras atau padat karena kontraksi. Tekanan hidrostatik air ketuban dan tekanan intrauterin naik serta menyebabkan serviks menjadi mendatar (*effacement*) dan terbuka (dilatasi).

(2) Pada ibu

Rasa nyeri karena iskemia rahim dan kontraksi uterus. Juga ada kenaikan nadi dan tekanan darah.

(3) Pada janin

Pertukaran oksigen pada sirkulasi utero-plasenta kurang, maka timbul hipoksia janin. Denyut jantung janin melambat kurang jelas didengar karena adanya iskemia fisiologis, jika benar-benar terjadi hipoksia janin yang agak lama.

Pembagian his dan sifatnya, yaitu:

(a) His palsu atau pendahuluan

His tidak kuat, tidak teratur serta dilatasi serviks tidak terjadi.

(b) His pembukaan kala I

His pembukaan serviks sampai terjadi pembukaan lengkap 10 dan mulai makin teratur dan sakit.

(c) His pengeluaran atau his mengejan (kala II)

Sangat kuat, teratur, simetris, terkoordinasi dan lama, his untuk mengeluarkan janin, koordinasi bersama antara his kontraksi otot perut, kontraksi diafragma dan ligament.

(d) His pelepasan uri (kala III)

Kontraksi sedang untuk melepaskan dan melahirkan plasenta.

(e) His pengiring (kala IV)

Kontraksi lemah, masih sedikit nyeri (meriang), pengecilan rahim dalam beberapa jam atau hari (Walyani dan Purwoastuti, 2015).

2) Mengejan

Yang memegang kendali atau yang paling menentukan dalam proses persalinan adalah proses mengejan ibu yang dilakukan dengan benar, baik dari segi kekuatan maupun keteraturan. Ibu harus mengejan sekuat mungkin seiring dengan instruksi yang diberikan. Biasanya ibu diminta menarik napas panjang dalam beberapa kali saat kontraksi terjadi lalu buang secara perlahan. Ketika kontraksi mencapai puncaknya, doronglah bayi dengan mengejan sekuat mungkin. Bila ibu mengikuti instruksi dengan baik, pecahnya pembuluh darah di sekitar mata dan wajah bisa dihindari. Begitu juga resiko berkurangnya suplai oksigen ke janin (Walyani dan Purwoastuti, 2015).

4) Psikologis Ibu

Keadaan psikologis ibu adalah keadaan emosi, jiwa, pengalaman, adat istiadat dan dukungan dari orang-orang tertentu yang dapat mempengaruhi proses persalinan. Banyak wanita normal dapat merasakan kegairahan dan kegembiraan saat merasa kesakitan awal menjelang kelahiran bayinya. Perasaan positif ini berupa kelegaan hati, seolah-olah pada saat itulah benar-benar terjadi realitas “kewanitaan sejati”, yaitu munculnya perasaan bangga mampu melahirkan atau memproduksi anaknya. Khususnya perasaan lega itu berlangsung bila kehamilannya mengalami perpanjangan waktu. Mereka seolah-olah mendapat kepastian bahwa kehamilan yang semula dianggap sebagai suatu “keadaan yang belum pasti” sekarang menjadi hal yang nyata.

Kondisi psikologis ibu melibatkan emosi dan persiapan intelektual, pengalaman tentang bayi sebelumnya, kebiasaan adat dan dukungan dari orang terdekat pada kehidupan ibu. Psikologis ibu dapat mempengaruhi persalinan apabila ibu mengalami kecemasan, stres,

bahkan depresi. Hal ini akan mempengaruhi kontraksi yang dapat memperlambat proses persalinan. Di samping itu, ibu yang tidak siap secara mental juga akan sulit diajak kerja sama dalam proses persalinannya. Untuk itu sangat penting bagi bidan dalam mempersiapkan mental ibu menghadapi proses persalinan (Lailiyana, dkk, 2012).

5) Penolong (Bidan)

Peran dari penolong persalinan adalah mengantisipasi dan menangani komplikasi yang mungkin terjadi pada ibu dan janin. Dalam hal ini proses persalinan tergantung dari kemampuan atau keterampilan dan kesiapan penolong dalam menghadapi proses persalinan (Lailiyana, dkk, 2012).

f. Perubahan dan Adaptasi Fisiologi Psikologis pada Ibu Bersalin

1) Kala I

a) Perubahan dan adaptasi fisiologis

(1) Perubahan Uterus

Selama persalinan, uterus berubah bentuk menjadi dua bagian yang berbeda. Segmen atas yang berkontraksi secara aktif menjadi lebih tebal ketika persalinan berlangsung. Bagian bawah relatif pasif dibandingkan dengan segmen atas dan bagian ini berkembang menjadi jalan lahir yang berdinding jauh lebih tipis. Segmen bawah uterus analog dengan ismus uterus yang melebar dan menipis pada perempuan yang tidak hamil. Segmen bawah secara bertahap tertentuk ketika kehamilan bertambah tua dan kemudian menipis sekali pada saat persalinan (Marmi, 2012).

Setiap kontraksi menghasilkan pemanjangan uterus berbentuk ovoid disertai pengurangan diameter horisontal. Dengan perubahan bentuk, ada efek-efek penting pada proses persalinan. Pertama, pengurangan diameter horisontal menimbulkan pelurusan kolumna vertebralis janin, dengan

menekankan kutub atasnya rapat-rapat terhadap fundus uteri, sementara kutub bawah didorong lebih jauh ke bawah dan menuju ke panggul. Pemanjangan janin berbentuk ovoid yang ditimbulkannya diperkirakan telah mencapai 5 sampai 10 cm; tekanan ini dikenal tekanan sumbu janin. Kedua, dengan memanjangnya uterus, serabut longitudinal ditarik tegang dari segmen bawah dan serviks merupakan satu-satunya bagian uterus yang fleksibel, bagian ini ditarik ke atas pada kutub bawah janin. Efek ini merupakan faktor yang penting untuk dilatasi serviks pada otot-otot segmen bawah dan serviks (Marmi, 2012).

(2) Perubahan Serviks

Pada akhir kehamilan otot yang mengelilingi ostium uteri internum (OUI) ditarik oleh SAR yang menyebabkan serviks menjadi pendek dan menjadi bagian dari SBR. Bentuk serviks menghilang karena kanalis servikalis membesar dan atas membentuk ostium uteri eksterna (OUE) sebagai ujung dan bentuknya menjadi sempit (Kuswanti dan Melina, 2014).

(3) Perubahan Kardiovaskular

Denyut jantung diantara kontraksi sedikit lebih tinggi dibandingkan selama periode persalinan atau sebelum masuk persalinan. Hal ini mencerminkan kenaikan dalam metabolisme yang terjadi selama persalinan. Denyut jantung yang sedikit naik merupakan keadaan yang normal, meskipun normal perlu dikontrol secara periode untuk mengidentifikasi adanya infeksi (Kuswanti dan Melina, 2013).

(4) Perubahan Tekanan Darah

Perubahan darah meningkat selama kontraksi uterus dengan kenaikan diastolik sebesar 10-20 mmHg dan kenaikan diastolik rata-rata 5-10 mmHg diantara kontraksi uterus, tekanan darah akan turun seperti sebelum masuk persalinan dan akan naik lagi bila terjadi kontraksi. Arti penting dari

kejadian ini adalah untuk memastikan tekanan darah yang sesungguhnya sehingga diperlukan pengukuran diantara kontraksi. Jika seorang ibu dalam keadaan yang sangat takut/khawatir, rasa takutlah yang menyebabkan kenaikan tekanan darah. Dalam hal ini perlu dilakukan pemeriksaan lainnya untuk mengesampingkan preeklamsia. Oleh karena itu diperlukan asuhan yang mendukung yang dapat menimbulkan ibu rileks/santai. Posisi tidur telentang selama bersalin akan menyebabkan penekanan uterus terhadap pembuluh darah besar (aorta) yang akan menyebabkan sirkulasi darah baik untuk ibu maupun janin akan terganggu, ibu dapat terjadi hipotensi dan janin dapat asfiksia (Walyani dan Purwoastuti, 2015).

(5) Perubahan Nadi

Perubahan yang mencolok selama kontraksi disertai peningkatan selama fase peningkatan, penurunan selama titik puncak sampai frekuensi di antara kontraksi dan peningkatan selama fase penurunan hingga mencapai frekuensi lazim diantara kontraksi. Penurunan yang mencolok selama puncak kontraksi uterus tidak terjadi jika wanita berada pada posisi miring bukan telentang. Pada setiap kontraksi, 400 ml darah dikeluarkan dari uterus dan masuk ke dalam sistem vaskuler ibu. Hal ini akan meningkatkan curah jantung sekitar 10% sampai 15% pada tahap pertama persalinan dan sekitar 30% sampai 50% pada tahap kedua persalinan.

Ibu harus diberitahu tidak boleh melakukan *manuver valsava* (menahan napas dan menegakkan otot abdomen) untuk mendorong selama tahap kedua. Aktivitas ini meningkatkan tekanan intratoraks, mengurangi aliran balik vena dan meningkatkan tekanan vena. Curah jantung dan tekanan darah meningkat, sedangkan nadi melambat untuk sementara. Selama

ibu hamil melakukan *manuver valsava*, janin dapat mengalami hipoksia. Proses ini pulih kembali saat wanita menarik napas.

Frekuensi denyut jantung nadi di antara kontraaksi sedikit lebih tinggi dibandingkan selama periode menjelang persalinan. Hal ini bermakna bahwa sedikit peningkatan frekuensi nadi dianggap normal. Hal ini mencerminkan kenaikan dalam metabolisme yang terjadi selama persalinan. Denyut jantung yang sedikit naik merupakan keadaan yang normal, meskipun normal perlu dikontrol secara periode untuk mengidentifikasi adanya infeksi (Varney dalam Marmi, 2012).

(6) Perubahan Suhu

Suhu badan akan sedikit meningkat selama persalinan, suhu mencapai tertinggi selama persalinan dan segera setelah persalinan. Kenaikan ini dianggap normal asal tidak melebihi 0,5-1°C. Suhu badan yang naik sedikit merupakan hal yang wajar, namun keadaan ini berlangsung lama, keadaan suhu ini mengindikasikan adanya dehidrasi. Parameter lainnya harus dilakukan antara lain selaput ketuban pecah atau belum, karena hal ini merupakan tanda infeksi (Walyani dan Purwoastuti, 2015).

(7) Perubahan Pernapasan

Peningkatan frekuensi pernapasan normal selama persalinan dan mencerminkan peningkatan metabolisme yang terjadi. Hiperventilasi yang memanjang adalah temuan abnormal dan dapat menyebabkan alkalosis (rasa kesemutan pada ekstremitas dan perasaan pusing) (Rukiyah, dkk, 2012).

(8) Perubahan Metabolisme

Selama persalinan, metabolisme karbohidrat aerobik maupun anaerobik akan naik secara perlahan. Kenaikan ini sebagian besar diakibatkan karena kecemasan serta kegiatan otot rangka tubuh. Kegiatan metabolisme yang meningkat tercermin dengan kenaikan suhu badan, denyut nadi,



pernapasan, kardial output dan kehilangan cairan (Walyani dan Purwoastuti, 2015).

(9) Perubahan Ginjal (Renal)

Polyuri sering terjadi selama persalinan, hal ini disebabkan oleh kardial output yang meningkat, serta karena filtrasi glomerulus serta aliran plasma ke renal. Polyuri tidak begitu kelihatan dalam posisi telentang, yang mempunyai efek mengurangi urine selama kehamilan. Kandung kemih harus sering dikontrol (setiap 2 jam) yang bertujuan agar tidak menghambat penurunan bagian terendah janin dan trauma pada kandung kemih serta menghindari retensi urine setelah melahirkan. Protein dalam urine (+1) selama persalinan merupakan hal yang wajar, tetapi protein uri (+2) merupakan hal yang tidak wajar, keadaan ini lebih sering pada ibu primipara, anemia, persalinan lama atau pada kasus preeklampsia (Kuswanti dan Melina, 2012).

(10) Perubahan pada Gastrointestinal

Kemampuan pergerakan gastric serta penyerapan makanan padat berkurang, yang akan menyebabkan pencernaan hampir berhenti selama persalinan dan menyebabkan konstipasi. Lambung yang penuh dapat menimbulkan ketidaknyamanan, oleh karena itu ibu dianjurkan tidak makan terlalu banyak atau minum berlebihan, tetapi makan dan minum semauanya untuk mempertahankan energi dan hidrasi (Kuswanti dan Melina, 2012).

(11) Perubahan Hematologi

Hemoglobin akan meningkat 1,2 gr/100 ml selama persalinan dan kembali ke tingkat prapersalinan pada hari pertama setelah persalinan apabila tidak terjadi kehilangan darah selama persalinan, waktu koagulasi berkurang dan

akan mendapat tambahan plasma selama persalinan. Jumlah sel darah putih akan meningkat secara progresif selama kala I persalinan sebesar 5.000 s/d 15.000 WBC sampai dengan akhir pembukaan lengkap. Gula darah akan turun selama persalinan dan akan turun secara mencolok pada persalinan yang mengalami penyulit atau persalinan lama, hal ini disebabkan karena kegiatan uterus dan otot-otot kerangka tubuh (Kuswanti dan Melina, 2014).

b) Perubahan dan adaptasi psikologis kala I

Menurut Marmi (2012), perubahan psikologi dan perilaku ibu pada kala I adalah:

(1) Fase laten

Pada fase ini, wanita mengalami emosi yang bercampur aduk, wanita merasa gembira, bahagia dan bebas karena kehamilan dan penantian yang panjang akan segera berakhir, tetapi mempersiapkan diri sekaligus memiliki kekhawatiran tentang apa yang akan terjadi. Secara umum, ibu tidak terlalu merasa tidak nyaman dan mampu menghadapi situasi tersebut dengan baik. Namun untuk ibu yang tidak pernah mempersiapkan diri terhadap apa yang akan terjadi, fase laten persalinan akan menjadi waktu ketika ibu banyak berteriak dalam ketakutan bahkan pada kontraksi yang paling ringan sekalipun dan tampak tidak mampu mengatasinya sampai seiring frekuensi dan intensitas kontraksi meningkat, semakin jelas bagi ibu akan segera bersalin. Bagi ibu yang telah banyak menderita menjelang akhir kehamilan dan pada persalinan palsu, respon emosional ibu terhadap fase laten persalinan kadang-kadang dramatis, perasaan lega, relaksasi dan peningkatan kemampuan coping tanpa memperhatikan lokasi persalinan. Walaupun merasa letih, ibu tahu bahwa pada

akhirnya benar-benar bersalin dan apa yang dialami saat ini produktif.

(2) Fase aktif

Pada fase ini kontraksi uterus akan meningkat secara bertahap dan ketakutan ibu pun meningkat. Pada saat kontraksi semakin kuat, lebih lama dan terjadi lebih sering, semakin jelas bagi ibu bahwa semua itu berada di luar kendalinya. Dengan kenyataan ini, ibu menjadi lebih serius. Ibu ingin seseorang medampinginya karena takut ditinggal sendiri dan tidak mampu mengatasi kontraksi yang diatasi. Ibu mengalami sejumlah kemampuan dan ketakutan yang tak dapat dijelaskan. Ibu merasa takut tetapi tidak dapat menjelaskan dengan pasti apa yang ditakutinya (Marmi, 2012).

(3) Fase transisi

Pada fase ini biasanya ibu merasakan perasaan gelisah yang mencolok, rasa tidak nyaman menyeluruh, bingung, frustrasi, emosi meledak-ledak akibat keparahan kontraksi, kesadaran terhadap martabat diri menurun drastis, mudah marah, menolak hal-hal yang ditawarkan kepadanya, rasa takut cukup besar. Perubahan psikologis dan perilaku dalam fase ini cukup spesifik seiring kemajuan persalinan.

Selain perubahan yang spesifik, kondisi psikologis keseluruhan seorang wanita yang sedang menjalani persalinan sangat bervariasi, tergantung persiapan dan bimbingan antisipasi yang diterima selama persiapan menghadapi persalinan, dukungan yang diterima dari pasangannya, orang dekat lain, keluarga dan pemberi perawatan, lingkungan tempat ibu tersebut berada dan apakah bayi yang dikandung merupakan bayi yang diinginkan. Banyak bayi yang tidak direncanakan, tetapi sebagian besar bayi akhirnya diinginkan menjelang akhir kehamilan. Kehamilan yang tidak diharapkan ibu, secara psikologis akan mempengaruhi perjalanan

persalinan. Dukungan yang diberikan atau tidak di lingkungan tempat ibu melahirkan (termasuk yang mendampingi) sangat mempengaruhi aspek psikologis saat kondisi ibu sangat rentan setiap kali timbul kontraksi juga pada saat nyeri timbul secara kontinyu.

## 2) Kala II

### a) Perubahan Fisiologi pada Ibu Bersalin Kala II

#### (1) Kontraksi

Kontraksi ini bersifat nyeri yang disebabkan oleh anoxia dari sel-sel otot tekanan pada ganglia dalam serviks dan Segmen Bawah Rahim (SBR), regangan dari serviks, regangan dan tarikan pada peritoneum, itu semua terjadi pada saat kontraksi. Adapun kontraksi yang bersifat berkala dan yang harus diperhatikan adalah lamanya kontraksi berlangsung 60-90 detik, kekuatan kontraksi, kekuatan kontraksi secara klinis ditentukan dengan mencoba apakah jari kita dapat menekan dinding rahim ke dalam, interval antara kedua kontraksi pada kala pengeluaran sekali dalam 2 menit (Walyani dan Purwoastuti, 2015).

#### (2) Pergeseran organ dalam panggul

Setelah pembukaan lengkap dan ketuban telah pecah terjadi perubahan, terutama pada dasar panggul yang diregangkan oleh bagian depan janin sehingga menjadi saluran yang dinding-dindingnya tipis karena suatu regangan dan kepala sampai di vulva, lubang vulva menghadap ke depan atas dan anus menjadi terbuka, perineum menonjol dan tidak lama kemudian kepala janin tampak pada vulva (Walyani dan Purwoastuti, 2015).

### (3) Ekspulsi janin

Dalam persalinan, presentasi yang sering kita jumpai adalah presentasi belakang kepala, dimana presentasi ini masuk dalam PAP dengan sutura sagitalis melintang. Karena bentuk panggul mempunyai ukuran tertentu sedangkan ukuran-ukuran kepala anak hampir sama besarnya dengan ukuran-ukuran dalam panggul maka kepala harus menyesuaikan diri dengan bentuk panggul mulai dari PAP ke bidang tengah panggul dan pada pintu bawah panggul supaya anak bisa lahir.

### 3) Kala III

#### a) Fisiologi Kala III

Dimulai segera setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Setelah bayi lahir uterus teraba keras dengan fundus uteri agak diatas pusat beberapa menit kemudian uterus berkontraksi lagi untuk melepaskan plasenta dari dindingnya. Biasanya plasenta lepas dalam 6-15 menit setelah bayi lahir dan keluar spontan atau dengan tekanan pada fundus uteri. Pengeluaran plasenta, disertai dengan pengeluaran darah. Komplikasi yang dapat timbul pada kala II adalah perdarahan akibat atonia uteri, retensio plasenta, perlukaan jalan lahir, tanda gejala tali pusat plasenta keluar.

Otot uterus berkontraksi mengikuti penyusutan volume rongga uterus setelah lahirnya bayi. Penyusutan ukuran ini menyebabkan berkurangnya ukuran tempat perlekatan plasenta. Karena tempat perlekatan menjadi semakin kecil, sedangkan ukuran plasenta tidak berubah maka plasenta akan terlipat, menebal dan kemudian lepas dari dinding rahim, setelah lepas, plasenta akan turun ke bagian bawah uterus atau ke dalam vagina.

Tanda-tanda lepasnya plasenta mencakup beberapa atau semua hal, perubahan bentuk dan tinggi fundus, dimana setelah bayi lahir dan sebelum miometrium mulai berkontraksi, uterus berbentuk bulat penuh dan tinggi fundus biasanya di bawah pusat. Setelah uterus berkontraksi dan plasenta terdorong ke bawah, uterus berbentuk segitiga atau seperti buah pear atau alpukat dan fundus berada di atas pusat (seringkali mengarah ke sisi kanan); tali pusat memanjang, dimana tali pusat terlihat menjulur keluar melalui vulva; semburan darah tiba-tiba, dimana darah terkumpul di belakang plasenta akan membantu mendorong plasenta keluar dibantu oleh gaya gravitasi. Apabila kumpulan darah dalam ruang diantara dinding uterus dan permukaan dalam plasenta melebihi kapasitasampungnya maka darah tersembur keluar dari tepi plasenta yang keluar (Rukiyah, 2012).

#### 4) Kala IV

##### a) Fisiologi Kala IV

Kala IV adalah kala pengawasan dari 1-2 jam setelah bayi dan plasenta lahir. Hal-hal yang perlu diperhatikan adalah kontraksi uterus sampai uterus kembali dalam bentuk normal. Hal ini dapat dilakukan dengan rangsangan taktil (mamase) untuk merangsang uterus berkontraksi baik dan kuat. Perlu juga dipastikan bahwa plasenta telah lahir lengkap dan tidak ada yang tersisa dalam uterus serta benar-benar dijamin tidak terjadi perdarahan lanjut (Sumarah dalam Kuswanti dan Melina, 2014).

Perdarahan pasca persalinan adalah suatu keadaan mendadak dan tidak dapat diramalkan yang merupakan penyebab kematian ibu di seluruh dunia. Sebab yang paling umum dari perdarahan pasca persalinan dini yang berat (terjadi dalam 24 jam setelah melahirkan) adalah atonia uteri (kegagalan rahim untuk berkontraksi sebagaimana mestinya

setelah melahirkan). Plasenta yang tertinggal, vagina atau mulut rahim yang terkoyak dan uterus yang turun atau inversi juga merupakan sebab dari perdarahan pasca persalinan (Walyani dan Purwoastuti, 2015).

- g. Deteksi/penapisan awal ibu bersalin (19 penapisan) (IBI Pusat, 2015)
  - 1) Riwayat bedah Caesar
  - 2) Perdarahan pervaginam
  - 3) Persalinan kurang bulan (UK < 37 minggu)
  - 4) Ketuban pecah dengan mekonium kental
  - 5) Ketuban pecah lama (> 24 jam)
  - 6) Ketuban pecah pada persalinan kurang bulan (< 37 minggu)
  - 7) Ikterus
  - 8) Anemia berat
  - 9) Tanda dan gejala infeksi
  - 10) Preeklamsia / hipertensi dalam kehamilan
  - 11) Tinggi fundus uteri 40 cm atau lebih
  - 12) Gawat janin
  - 13) Primipara dalam fase aktif kala satu persalinan dengan palpasi kepala masih 5/5
  - 14) Presentasi bukan belakang kepala
  - 15) Presentasi majemuk
  - 16) Kehamilan gemeli
  - 17) Tali pusat menumbung
  - 18) Syok
  - 19) Penyakit-penyakit yang menyertai

### **C. Bayi Baru Lahir (BBL)**

#### **1. Konsep Dasar BBL normal**

##### **a. Pengertian**

Menurut Wahyuni (2012), bayi baru lahir (BBL) normal adalah bayi yang lahir dari kehamilan 37 minggu sampai 42 minggu dan berat badan lahir 2500 gram sampai dengan 4000 gram.

Menurut Marmi dan Rahardjo (2012), bayi baru lahir (neonatus) adalah bayi yang baru mengalami proses kelahiran, berusia 0-28 hari. BBL memerlukan penyesuaian fisiologis berupa maturasi, adaptasi (menyesuaikan diri dari kehidupan intrauterin ke kehidupan ekstrauterine) dan toleransi bagi BBL untuk dapat hidup dengan baik. Masa neonatal dibagi menjadi :

- 1) Masa Neonatal Dini (0-7 hari)

Masa neonatal dini merupakan masa antara bayi lahir sampai 7 hari setelah lahir. Masa ini merupakan masa rawan dalam proses tumbuh kembang anak, khususnya tumbuh kembang otak. Trauma kepala akibat persalinan dapat berpengaruh besar dan dapat menyebabkan cacat mental yang permanen. Bayi baru lahir harus berhasil melewati masa transisi ini, yaitu transisi dari suatu sistem yang teratur dan sebagian besar tergantung pada organ-organ ibunya ke suatu sistem yang tergantung pada kemampuan genetik dan mekanisme homeostatik bayi itu sendiri. Bayi harus dapat menyesuaikan diri dari kehidupan intrauteri ke kehidupan ekstrauteri yang sangat berbeda (Soetjiningsih dan Ranuh, 2014).

2) Masa Neonatal Lanjut (8-28 hari)

Masa neonatal lanjut, bayi rentan terhadap pengaruh lingkungan biofisikopsikososial. Dalam tumbuh kembang anak, peranan ibu dalam ekologi anak sangat besar. Ibu berperan sebagai faktor paragenetik, yaitu pengaruh biologisnya terhadap pertumbuhan janin dan pengaruh psikobiologisnya terhadap pertumbuhan pasca lahir dan perkembangan kepribadian. Menyusui merupakan periode ekstragestasi yang penting dengan payudara sebagai plasenta eksternal karena payudara menggantikan fungsi plasenta, yakni tidak hanya dalam memberikan nutrisi bagi bayi, melainkan juga mempunyai arti dalam perkembangan anak dengan meningkatkan interaksi ibu-bayi dan stimulasi dini. Bayi harus segera disusui segera setelah lahir (inisiasi dini), karena refleks mengisap yang paling kuat adalah pada setengah jam pertama setelah bayi lahir dan pemberian ASI dini ini merupakan salah satu bentuk stimulasi dini. Keuntungan inisiasi dini lainnya adalah ASI menjadi lebih lancar dan jarang terjadi penyapihan dini (Soetjiningsih dan Ranuh, 2014).



b. Ciri-ciri BBL normal

Menurut Marmi dan Rahardjo (2012), ciri-ciri bayi baru lahir adalah:

- 1) Berat badan 2500-4000 gram
- 2) Panjang badan 48-52 cm
- 3) Lingkar dada 30-38 cm
- 4) Lingkar kepala 33-35 cm
- 5) Frekuensi jantung 120-160 kali/menit
- 6) Pernapasan  $\pm$  40-60 kali/menit
- 7) Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan sub kutan cukup
- 8) Rambut lanugo tidak terlihat, rambut kepala biasanya telah sempurna
- 9) Kuku agak panjang dan lemas
- 10) Genitalia: perempuan labia mayora sudah menutupi minora dan laki-laki testis sudah turun, skrotum sudah ada
- 11) Reflek hisap dan menelan sudah terbentuk dengan baik
- 12) Reflek morrow atau gerak memeluk ibu bila dikagetkan sudah baik
- 13) Reflek graps atau menggenggam sudah baik
- 14) Eliminasi baik, mekonium akan keluar dalam 24 jam pertama, mekonium berwarna hitam kecoklatan

c. Fisiologi/Adaptasi pada BBL

Adaptasi neonatal (Bayi Baru Lahir) adalah proses penyesuaian fungsional neonatus dari kehidupan didalam uterus. Kemampuan adaptasi fungsional neonatus dari kehidupan didalam uterus kehidupan di luar uterus. Kemampuan adaptasi fisiologis ini disebut juga homeostatis. Bila terdapat gangguan adaptasi, maka bayi akan sakit (Marmi dan Rahardjo, 2012).

Faktor-faktor yang mempengaruhi adaptasi bayi baru lahir :

- 1) Pengalaman antepartum ibu dan bayi baru lahir (misalnya terpajan zat toksik dan sikap orang tua terhadap kehamilan dan pengasuhan anak)
- 2) Pengalaman intrapartum ibu dan bayi baru lahir (misalnya lama persalinan, tipe analgesik atau anestesi intrapartum)
- 3) Kapasitas fisiologis bayi baru lahir untuk melakukan transisi ke kehidupan ekstrauterin

- 4) Kemampuan petugas kesehatan untuk mengkaji dan merespons masalah dengan cepat tepat pada saat terjadi

Adaptasi bayi baru lahir dari kehidupan dalam uterus ke kehidupan di luar uterus adalah:

a) Adaptasi fisik

(1) Perubahan pada sistem pernapasan

Perkembangan sistem pulmoner terjadi sejak masa embrio, tepatnya pada umur kehamilan 24 hari. Pada umur kehamilan 24 hari ini bakal paru-paru terbentuk. Pada umur kehamilan 26-28 hari kedua bronchi membesar. Pada umur kehamilan 6 minggu terbentuk segmen bronchus. Pada umur kehamilan 12 minggu terbentuk alveolus. Pada umur kehamilan 28 minggu terbentuk surfaktan. Pada umur kehamilan 34-36 minggu struktur paru-paru matang, artinya paru-paru sudah bisa mengembangkan sistem alveoli. Selama dalam uterus, janin mendapat oksigen dari pertukaran gas melalui plasenta. Setelah bayi lahir, pertukaran gas harus melalui paru-paru bayi. Pernapasan pertama pada bayi normal dalam waktu 30 menit pertama sesudah lahir (Marmi dan Rahardjo, 2012).

(2) Rangsangan untuk gerak pernapasan

Dua faktor yang berperan pada rangsangan napas pertama bayi adalah hipoksia pada akhir persalinan dan rangsangan fisik lingkungan luar rahim, yang merangsang pusat pernapasan di otak dan tekanan terhadap rongga dada, yang terjadi karena kompresi paru-paru selama persalinan, merangsang masuknya udara paru-paru secara mekanis.

Interaksi antara sistem pernapasan, kardiovaskuler dan susunan saraf pusat menimbulkan pernapasan yang teratur dan berkesinambungan serta denyut yang diperlukan untuk kehidupan. Jadi, sistem-sistem harus berfungsi secara normal.

Rangsangan untuk gerakan pernapasan pertama kali pada neonatus disebabkan karena adanya:

- (a) Tekanan mekanis pada torak sewaktu melalui jalan lahir
  - (b) Penurunan tekanan oksigen dan kenaikan tekanan karbondioksida merangsang kemoreseptor pada sinus karotis (stimulasi kimiawi)
  - (c) Rangsangan dingin di daerah muka dapat merangsang permulaan gerakan (stimulasi sensorik) (Dewi, 2010).
- (3) Upaya pernapasan bayi pertama
- Usaha bayi pertama kali untuk mempertahankan tekanan alveoli, selain karena adanya surfaktan, juga karena adanya tarikan napas dan pengeluaran napas dengan cara bernapas diafragmatik dan abdominal, sedangkan untuk frekuensi dan dalamnya bernapas belum teratur. Apabila surfaktan berkurang, maka alveoli akan kolaps dan paru-paru kaku, sehingga terjadi atelektasis. Dalam kondisi seperti ini (anoksia), neonatus masih dapat mempertahankan hidupnya karena adanya kelanjutan metabolisme anaerobik (Dewi, 2010).
- (4) Perubahan pada sistem kardiovaskuler
- Pada masa fetus, peredaran darah dimulai dari plasenta melalui vena umbilikal lalu sebagian ke hati dan sebagian lainnya langsung ke serambi kiri jantung, kemudian ke bilik jantung. Dari bilik kiri darah dipompa melalui aorta ke seluruh tubuh, sedangkan yang dari bilik kanan darah dipompa sebagian ke paru dan sebagian melalui duktus atriøs ke aorta.
- Setelah bayi lahir, paru akan berkembang yang akan mengakibatkan tekanan arterioler dalam paru menurun yang diikuti dengan menurunnya tekanan pada jantung kanan. Kondisi ini menyebabkan tekanan jantung kiri lebih besar dibandingkan dengan tekanan jantung kanan dan hal

tersebutlah yang membuat foramen ovale secara fungsional menutup. Hal ini terjadi pada jam-jam pertama setelah kelahiran. Oleh karena tekanan dalam paru turun dan tekanan dalam aorta desenden naik dan juga karena rangsangan biokimia ( $\text{PaO}_2$  yang naik) serta duktus aetriosus yang berobliterasi. Hal ini terjadi pada hari pertama.

Aliran darah paru pada hari pertama kehidupan adalah 4-5 liter per menit/ $\text{m}^2$ . Aliran darah sistolik pada hari pertama rendah yaitu 1,96 liter/menit/ $\text{m}^2$  dan bertambah pada hari kedua dan ketiga (3,54 liter/ $\text{m}^2$ ) karena penutupan duktus arteriosus. Tekanan darah pada waktu lahir dipengaruhi oleh jumlah darah yang melalui tranfusi plasenta yang pada jam-jam pertama sedikit menurun untuk kemudian naik lagi dan menjadi konstan kira-kira 85/40 mmHg (Dewi, 2010).

(5) Perubahan pada sistem thermoregulasi (penjelasan tentang kehilangan panas)

Menurut Dewi (2010), kemungkinan mekanisme yang dapat menyebabkan bayi baru lahir kehilangan panas tubuhnya adalah:

(a) Konduksi

Panas dihantarkan dari tubuh bayi ke benda sekitarnya yang kontak langsung dengan tubuh bayi (pemindahan panas dari tubuh bayi ke objek lain melalui kontak langsung). Contoh: konduksi bisa terjadi ketika menimbang bayi tanpa alas timbangan, memegang bayi saat tangan dingin dan menggunakan stetoskop dingin untuk pemeriksaan BBL.

(b) Konveksi

Panas hilang dari tubuh bayi ke udara sekitarnya yang sedang bergerak (jumlah panas yang hilang bergantung pada kecepatan dan suhu udara). Sebagai

contoh, konveksi dapat terjadi ketika membiarkan atau menempatkan BBL sekat jendela atau membiarkan BBL di ruangan yang terpasang kipas angin.

(c) Radiasi

Panas dipancarkan dari BBL keluar tubuhnya ke lingkungan yang lebih dingin (pemindahan panas antara 2 objek yang mempunyai suhu berbeda). Sebagai contoh, membiarkan BBL dalam ruangan AC tanpa diberikan pemanas (*radiant warmer*), membiarkan BBL dalam keadaan telanjang atau menidurkan BBL berdekatan dengan ruangan yang dingin (dekat tembok).

(d) Evaporasi

Panas hilang melalui proses penguapan yang bergantung pada kecepatan dan kelembaban udara (perpindahan panas dengan cara mengubah cairan menjadi uap). Evaporasi ini dipengaruhi oleh jumlah panas yang dipakai, tingkat kelembaban udara dan aliran udara yang melewati. Apabila BBL dibiarkan dalam suhu 25°C, maka bayi akan kehilangan panas melalui konveksi, radiasi dan evaporasi yang besarnya 200 kg/BB, sedangkan yang dibentuk hanya sepersepuluhnya saja. Agar dapat mencegah terjadinya kehilangan panas pada bayi, maka hal-hal yang dilakukan adalah keringkan bayi secara seksama, selimuti bayi dengan selimut atau kain bersih yang kering dan hangat, tutup bagian kepala bayi, anjurkan ibu untuk memeluk dan menyusui bayinya, jangan segera menimbang atau memandikan bayi baru lahir dan tempatkan bayi di lingkungan yang hangat.

(6) Perubahan pada sistem renal

BBL cukup bulan memiliki beberapa defisit struktural dan fungsional pada sistem ginjal. Banyak dari kejadian defisit tersebut akan membaik pada bulan pertama kehidupan dan merupakan satu-satunya masalah untuk bayi baru lahir yang

sakit atau mengalami stres. Keterbatasan fungsi ginjal menjadi konsekuensi khusus jika bayi baru lahir memerlukan cairan intravena atau obat-obatan yang meningkatkan kemungkinan kelebihan cairan. Bayi baru lahir tidak dapat mengonsentrasikan urine dengan baik, tercermin dari berat jenis urine (1,004) dan osmolalitas urine yang rendah. BBL mengekspresikan sedikit urine pada 48 jam pertama kehidupan, yaitu hanya 30-60 ml. Normalnya dalam urine tidak terdapat protein atau darah, debris sel yang banyak dapat mengindikasikan adanya cedera atau iritasi dalam sistem ginjal (Walyani dan Purwoastuti, 2015).

(7) Perubahan pada Sistem Traktus Digestivus

Menurut Dewi (2010), traktus digestivus relatif lebih berat dan lebih panjang dibandingkan dengan orang dewasa. Pada neonatus, Traktus digestivus mengandung zat berwarna hitam kehijauan yang terdiri atas mukopolisakarida atau disebut dengan mekonium biasanya pada 10 jam pertama kehidupan dan dalam 4 hari setelah kelahiran biasanya feses berbentuk dan berwarna biasa enzim dalam traktus digestivus biasanya sudah terdapat pada neonatus, kecuali enzim amilase pankreas.

Menurut Marmi (2012), beberapa adaptasi pada saluran pencernaan bayi baru lahir diantaranya adalah:

- (a) Pada hari ke-10 kapasitas lambung menjadi 100cc.
- (b) Enzim tersedia untuk mengkatalisis protein dan karbohidrat sederhana yaitu monosakarida dan disakarida.
- (c) Difisiensi lipase pada pankreas menyebabkan terbatasnya absorpsi lemak sehingga kemampuan bayi untuk mencerna lemak belum matang, maka susu formulas sebaiknya tidak diberikan pada bayi baru lahir.
- (d) Kelenjar lidah berfungsi saat lahir tetapi kebanyakan tidak mengeluarkan ludah sampai usia bayi  $\pm$  2-3 bulan.

Sebelum lahir, janin cukup bulan akan mulai menghisap dan menelan. Refleks muntah dan refleks batuk yang matang sudah terbentuk dengan baik saat lahir. Kemampuan bayi baru lahir cukup bulan untuk menelan dan mencerna makanan (selain susu) masih terbatas. Kapasitas lambung sendiri sangat terbatas yaitu kurang dari 30 cc untuk seorang bayi baru lahir cukup bulan, dan kapasitas lambung ini akan bertambah secara lambat bersamaan dengan pertumbuhannya. Dengan adanya kapasitas lambung yang masih terbatas ini maka sangat penting bagi pasien untuk mengatur pola intake cairan pada bayi dengan frekuensi sering tapi sedikit, contohnya memberi ASI sesuai keinginan bayi (Marmi, 2012).

(8) Perubahan pada sistem hepar

Segera setelah lahir, hati menunjukkan perubahan kimia dan morfologis yang berupa kenaikan kadar protein dan penurunan kadar lemak serta glikogen. Sel hemopoetik juga mulai berkurang, walaupun dalam waktu yang agak lama. Enzim hati belum aktif benar pada waktu bayi baru lahir, daya detoksifikasi hati pada neonatus juga belum sempurna, contohnya pemberian obat klorampenikol dengan dosis lebih dari 50 mg/kgBB/hari dapat menimbulkan *grey baby syndrome* (Dewi, 2010).

(9) Perubahan pada sistem imunitas

Sistem imunitas bayi masih belum matang sehingga menyebabkan neonatus rentan terhadap berbagai infeksi dan alergi. Oleh sebab itu, pencegahan terhadap mikroba (seperti praktik persalinan yang aman dan menyusui dini terutama kolostrum) dan deteksi dini infeksi menjadi sangat penting. Kekebalan alami terdiri dari struktur pertahanan tubuh yang mencegah atau meminimalkan infeksi. Jika bayi disusui maka ASI, terutama kolostrum memberi bayi kekebalan pasif dalam bentuk laktobasilus bifidus, laktoferin, lisozim dan

sekresi IgA. Kelenjar timus, tempat produksi limfosit, relatif berukuran besar pada saat lahir dan terus tumbuh hingga usia 8 tahun (Rukiyah, dkk, 2012).

(10) Perubahan pada sistem integumen

Menurut Lailiyana, dkk (2012), semua struktur kulit bayi sudah terbentuk saat lahir, tetapi masih belum matang. Epidermis dan dermis tidak terikat dengan baik dan sangat tipis. Verniks kaseosa juga berfungsi dengan epidermis dan berfungsi sebagai lapisan pelindung. Kulit bayi sangat sensitif dan mudah mengalami kerusakan. Bayi cukup bulan mempunyai kulit kemerahan (merah daging) beberapa setelah lahir, setelah itu warna kulit memucat menjadi warna normal. Kulit sering terlihat berbecak, terutama di daerah sekitar ekstremitas. Tangan dan kaki terlihat sedikit sianotik. Warna kebiruan ini, akrosianosis, disebabkan ketidakstabilan vasomotor, stasis kapiler, dan kadar hemoglobin yang tinggi. Keadaan ini normal, bersifat sementara, dan bertahan selama 7 sampai 10 hari, terutama bila terpajan udara dingin.

Bayi baru lahir yang sehat dan cukup bulan tampak gemuk. Lemak subkutan yang berakumulasi selama trimester terakhir berfungsi menyekat bayi. Kulit mungkin agak ketat. Keadaan ini mungkin disebabkan retensi cairan. Lanugo halus dapat terlihat di wajah, bahu, dan punggung. Edema wajah dan ekimosis (memar) dapat timbul akibat presentasi muka atau kelahiran dengan forseps. Petekie dapat timbul jika daerah tersebut ditekan.

Deskuamasi (pengelupasan kulit) pada kulit bayi tidak terjadi sampai beberapa hari setelah lahir. Deskuamasi saat bayi lahir merupakan indikasi pascamaturitas. Kelenjar keringat sudah ada saat bayi lahir, tetapi kelenjar ini tidak merespon terhadap peningkatan suhu tubuh. Terjadi sedikit hiperplasia kelenjar sebacea (lemak) dan sekresi sebum akibat



pengaruh hormon kehamilan. Verniks kaseosa, suatu substansi seperti keju merupakan produk kelenjar sebacea. Distensi kelenjar sebacea, yang terlihat pada bayi baru lahir, terutama di daerah dagu dan hidung, dikenal dengan nama milia. Walaupun kelenjar sebacea sudah terbentuk dengan baik saat bayi lahir, tetapi kelenjar ini tidak terlalu aktif pada masa kanak-kanak. Kelenjar-kelenjar ini mulai aktif saat produksi androgen meningkat, yakni sesaat sebelum pubertas (Lailiyana, 2012).

(11) Perubahan pada sistem reproduksi

Sistem reproduksi pada perempuan saat lahir, ovarium bayi berisi beribu-ribu sel germinal primitif. Sel-sel ini mengandung komplemen lengkap ova yang matur karena tidak terbentuk oögonia lagi setelah bayi cukup bulan lahir. Korteks ovarium yang terutama terdiri dari folikel primordial, membentuk bagian ovarium yang lebih tebal pada bayi baru lahir dari pada orang dewasa. Jumlah ovum berkurang sekitar 90% sejak bayi lahir sampai dewasa.

Peningkatan kadar estrogen selama hamil, yang diikuti dengan penurunan setelah bayi lahir, mengakibatkan pengeluaran suatu cairan mukoid atau, kadang-kadang pengeluaran bercak darah melalui vagina (pseudomenstruasi). Genitalia eksternal biasanya edema disertai pigmentasi yang lebih banyak. Pada bayi baru lahir cukup bulan, labio mayora dan minora menutupi vestibulum. Pada bayi prematur, klitoris menonjol dan labio mayora kecil dan terbuka.

Pada laki-laki, testis turun ke dalam skrotum sekitar 90% pada bayi baru lahir laki-laki. Pada usia satu tahun, insiden testis tidak turun pada semua anak laki-laki berjumlah kurang dari 1%. Spermatogenesis tidak terjadi sampai pubertas. Prepusium yang ketat sering kali dijumpai pada bayi baru lahir. Muara uretra dapat tertutup prepusium dan tidak dapat

ditarik kebelakang selama 3 sampai 4 tahun. Sebagai respon terhadap estrogen ibu ukuran genetalia eksternal bayi baru lahir cukup bulan dapat meningkat, begitu juga pigmentasinya. Terdapat rugae yang melapisi kantong skrotum. Hidrokel (penimbunan cairan di sekitar testis) sering terjadi dan biasanya mengecil tanpa pengobatan (Lailiyana, 2012).

(12) Perubahan pada sistem skeletal

Bayi baru lahir arah pertumbuhan sefalokaudal pada pertumbuhan tubuh terjadi secara keseluruhan. Kepala bayi cukup bulan berukuran seperempat panjang tubuh. Lengan sedikit lebih panjang daripada tungkai. Wajah relatif kecil terhadap ukuran tengkorak yang jika dibandingkan lebih besar dan berat. Ukuran dan bentuk kranium dapat mengalami distorsi akibat molase (pembentukan kepala janin akibat tumpang tindih tulang-tulang kepala). Ada dua kurvatura pada kolumna vertebralis, yaitu toraks dan sakrum. Ketika bayi mulai dapat mengendalikan kepalanya, kurvatura lain terbentuk di daerah servikal. Pada bayi baru lahir lutut saling berjauhan saat kaki dilluruskan dan tumit disatukan, sehingga tungkai bawah terlihat agak melengkung. Saat baru lahir, tidak terlihat lengkungan pada telapak kaki. Ekstremitas harus simetris. Harus terdapat kuku jari tangan dan jari kaki. Garis-garis telapak tangan sudah terlihat. Terlihat juga garis pada telapak kaki bayi cukup bulan (Lailiyana, 2012).

(13) Perubahan Pada Sistem Neuromuskuler

Bayi baru lahir cukup bulan dikenal sebagai makhluk yang reaktif, responsif dan hidup. Perkembangan sensoris bayi baru lahir dan kapasitas untuk melakukan interaksi sosial dan organisasi diri sangat jelas terlihat. Pertumbuhan otak setelah lahir mengikuti pola pertumbuhan cepat, yang dapat diprediksi selama periode bayi sampai awal masa kanak-

kanak. Pertumbuhan ini menjadi lebih bertahap selama sisa dekade pertama dan minimal selama masa remaja. Pada akhir tahun pertama, pertumbuhan serebelum, yang dimulai pada usia kehamilan sekitar 30 minggu berakhir. Mungkin inilah penyebab otak rentan terhadap trauma nutrisi dan trauma lain selama masa bayi. Otak memerlukan glukosa sebagai sumber energi dan suplai oksigen dalam jumlah besar untuk proses metabolisme yang adekuat. Kebutuhan akan glukosa perlu dipantau dengan cermat pada bayi baru lahir yang mungkin mengalami episode hipoglikemia.

Aktivitas motorik spontan dapat muncul dalam bentuk tremor sementara di mulut dan di dagu, terutama ketika menangis dan pada ekstremitas, terutama lengan dan tangan. Tremor ini normal, akan tetapi tremor persisten atau tremor yang mengenai seluruh tubuh dapat menjadi indikasi kondisi yang patologis. Gerakan tonik dan klonik yang mencolok serta kedutan otot wajah merupakan tanda kejang. Perlu dibedakan tremor normal dan tremor akibat hipoglikemia dan gangguan sistem saraf pusat (SSP), sehingga upaya perbaikan dapat dimulai sedini mungkin. Kontrol neuromuskuler pada bayi baru lahir, walaupun masih sangat terbatas, dapat ditemukan. Apabila bayi baru lahir diletakkan di atas permukaan yang keras dengan wajah menghadap ke bawah, bayi akan memutar kepalanya ke samping untuk mempertahankan jalan napas. Bayi berusaha mengangkat kepalanya supaya tetap sejajar dengan tubuhnya bila kedua lengan bayi ditarik ke atas hingga kepala terangkat (Rukiyah, dkk, 2012).

Refleks merupakan gerakan naluri untuk melindungi bayi. Refleks pada 24-36 jam pertama setelah bayi lahir/post partum (IBI, 2015) adalah:

(a) Refleks *Glabella*

Ketuk daerah pangkal hidung secara pelan-pelan dengan menggunakan jari telunjuk pada saat mata terbuka. Bayi akan mengedipkan mata pada 4 sampai 5 ketukan pertama.

(b) Refleks Hisap

Benda menyentuh bibir disertai refleks menelan. Tekanan pada mulut bayi pada langit bagian dalam gusi atas timbul isapan yang kuat dan cepat. Bisa dilihat saat bayi menyusu.

(c) Refleks Mencari (*rooting*)

Bayi menoleh kearah benda yang menyentuh pipi. Misalnya: mengusap pipi bayi dengan lembut: bayi menolehkan kepalanya ke arah jari kita dan membuka mulutnya.

(d) Refleks Genggam (*palmar grasp*)

Letakkan jari telunjuk pada palmar, tekanan dengan gentle, normalnya bayi akan menggenggam dengan kuat. Jika telapak tangan bayi ditekan: bayi mengepalkan.

(e) Refleks Babinsky

Gores telapak kaki, dimulai dari tumit, gores sisi lateral telapak kaki ke arah atas kemudian gerakkan jari sepanjang telapak kaki. Bayi akan menunjukkan respon berupa semua jari kaki hyperekstensi dengan ibu jari dorsifleksi.

(f) Refleks Moro

Timbulnya pergerakan tangan yang simetris apabila kepala tiba-tiba digerakkan atau dikejutkan dengan cara bertepuk tangan.

(g) Refleks berjalan

Bayi menggerak-gerakkan tungkainya dalam suatu gerakan berjalan atau melangkah jika diberikan dengan cara memegang lengannya sedangkan kakinya dibiarkan menyentuh permukaan yang keras.

(h) Refleks merangkak

Jika ditengkurapkan karena tungkainya masih bergulung.

(i) Refleks muntah

Refleks yang langsung muncul jika terlalu banyak cairan yang tertelan. Lendir atau mukus akan dikeluarkan untuk membersihkan saluran napas. Menunjukkan fungsi neurology glossofaringeal dan syaraf fagus normal.

(j) Refleks mengeluarkan lidah

Apabila diletakkan benda-benda di dalam mulut, yang sering dikira bayi menolak makanan dan minuman. Ekstremitas pada satu sisi dimana kepala ditolehkan akan ekstensi dan ekstremitas yang berlawanan akan fleksi bila kepala bayi ditolehkan ke satu sisi selagi istirahat.

b) Adaptasi psikologis

Karakteristik perilaku terlihat nyata selama jam transisi segera setelah lahir. Masa transisi ini mencerminkan suatu kombinasi respon simpatik terhadap tekanan persalinan dan respon parasimpatik (sebagai respon yang diberikan oleh kehadiran mucus, muntah dan gerak).

Periode transisi dibagi menjadi 3 yaitu:

(1) Reaktivitas 1

Dimulai pada masa persalinan dan berakhir setelah 30 menit. Selama periode ini, detak jantung cepat dan pulsasi tali pusat jelas. Warna kulit terlihat sementara sianosis atau akrosianosis. Selama periode ini mata bayi membuka dan bayi memperlihatkan perilaku siaga. Bayi mungkin menangis, terkejut atau terpaku. Selama periode ini setiap usaha harus dibuat untuk memudahkan kontak bayi dan ibu. Membiarkan ibu untuk memegang bayi untuk mendukung proses pengenalan. Beberapa bayi akan disusui selama periode ini. Bayi sering mengeluarkan kotoran dengan seketika setelah persalinan dan suara usus pada umumnya terdengar setelah usia 30 menit. Bayi usus menandakan sistem pencernaan berfungsi dengan baik. Keluarnya kotoran sendiri, tidak menunjukkan kehadiran gerak *peristaltic* hanya

menunjukkan bahwa anus dalam keadaan baik (Varney dalam Marmi dan Rahardjo, 2012).

Lebih jelas dapat dilihat secara karakteristiknya, yaitu:

- (a) Tanda-tanda vital bayi baru lahir sebagai berikut:  
frekuensi nadi apikal yang cepat dengan irama yang tidak teratur, frekuensi pernapasan mencapai 80 x/menit, irama tidak teratur dan beberapa bayi mungkin dilahirkan dengan keadaan pernapasan cuping hidung, ekspresi mendengkur serta adanya retraksi.
- (b) Fluktuasi warna dari merah jambu pucat ke sianosis.
- (c) Bising usus biasanya tidak ada, bayi biasanya tidak berkemih ataupun tidak mempunyai pergerakan usus, selama periode ini.
- (d) Bayi baru lahir mempunyai sedikit jumlah mukus, menangis kuat, reflek isap yang kuat. Tip khusus: selama periode ini mata bayi terbuka lebih lama daripada hari-hari selanjutnya, saat ini adalah waktu yang paling baik untuk memulai proses periode perlekatan karena bayi baru lahir dapat mempertahankan kontak mata untuk waktu yang lama (Marmi dan Rahardjo, 2012).

Bayi baru lahir mempunyai sedikit jumlah mukus, menangis kuat, reflek isap yang kuat. Tip khusus: selama periode ini mata bayi terbuka lebih lama daripada hari-hari selanjutnya, saat ini adalah waktu yang paling baik untuk memulai proses periode perlekatan karena bayi baru lahir dapat mempertahankan kontak mata untuk waktu yang lama (Marmi dan Rahardjo, 2012).

## (2) Fase tidur

Berlangsung selama 30 menit sampai 2 jam persalinan. Tingkat tarif pernapasan menjadi lebih lambat. Bayi dalam keadaan tidur, suara usus muncul tapi berkurang. Jika mungkin bayi tidak diganggu untuk pengujian utama dan jangan memandikannya. Selama masa tidur memberikan kesempatan pada bayi untuk

memulihkan diri dari proses persalinan dan periode transisi ke kehidupan di luar uterus (Varney dalam Marmi dan Rahardjo, 2012).

### (3) Reaktivitas 2

Berlangsung selama 2 sampai 6 jam setelah persalinan. Jantung bayi labil dan terjadi perubahan warna kulit yang berhubungan dengan stimulus lingkungan. Tingkat pernapasan bervariasi tergantung pada aktivitas. Neonatus mungkin membutuhkan makanan dan harus menyusui. Pemberian makan awal penting dalam pencegahan *hipoglikemia* dan stimulasi pengeluaran kotoran dan pencegahan penyakit kuning. Pemberian makan awal juga menyediakan kolonisasi bakteri isi perut yang mengarahkan pembentukan vitamin K oleh traktus intestinal. Neonatus mungkin bereaksi terhadap makanan pertama dengan cara memuntahkan susu bersama mucus. Ibu harus diajari cara menyendawakan bayinya. Setiap mucus yang terdapat selama pemberian makan awal dapat berpengaruh terhadap kecukupan pemberian makanan, terutama jika mucus berlebihan. Kehadiran mucus yang banyak mungkin mengindikasikan masalah seperti *esofagial atresia*, mucus bernoda empedu menunjukkan adanya penyakit pada bayi dan pemberian makan perlu ditunda sehingga penyebabnya diselidiki secara menyeluruh (Marmi dan Rahardjo, 2012).

Periode transisi ke kehidupan ektrauterin berakhir setelah periode kedua reaktivitas. Hal ini terjadi sekitar 2-6 jam setelah persalinan. Kulit dan saluran pencernaan neonatal belum terkolonisasi oleh beberapa tipe bakteri. Oleh karena itu neonatal jangan diproteksi dari bakteri menguntungkan. Semua perawat harus mencuci tangan dan lengan bawah selama 3 menit dengan sabun anti bakteri sebelum menyentuh bayi. Aktivitas ini merupakan proteksi yang berguna terhadap infeksi neonatal.

APGAR SCORE harus dinilai selama periode ini (Marmi dan Rahardjo, 2012).

c) Kebutuhan fisik BBL  
(1) Nutrisi

ASI merupakan makanan yang terbaik bagi bayi. ASI diketahui mengandung zat gizi yang paling banyak sesuai kualitas dan kuantitasnya untuk pertumbuhan dan perkembangan bayi. Untuk itu perlu diketahui prinsip umum dalam menyusui secara dini dan eksklusif adalah bayi harus disusui sesegera mungkin setelah lahir (terutama dalam 1 jam pertama) dan dilanjutkan selama 6 bulan pertama kehidupan; kolostrum harus diberikan, jangan dibuang; bayi harus diberi ASI secara eksklusif selama 6 bulan pertama (hal ini berarti tidak boleh memberikan makanan apapun pada bayi selain ASI selama masa tersebut); bayi harus disusui kapan saja ia mau (*on demand*), siang atau malam yang akan merangsang payudara memproduksi ASI secara adekuat. Untuk mendapatkan ASI dalam jumlah cukup, seorang ibu perlu menjaga kesehatannya sebaik mungkin. Ia perlu minum dalam jumlah cukup, makan makanan bergizi dan istirahat yang cukup. Jumlah rata-rata seorang bayi cukup bulan selama dua minggu pertama sebanyak 30-60 ml setiap 2-3 jam. Selama 2 minggu pertama kehidupan bayi baru lahir hendaknya dibangunkan untuk menyusu paling tidak setiap 4 jam. Sesudah itu, jika bayi sudah bertambah berat badannya, bayi boleh tidur dalam periode yang lebih lama (terutama malam hari). Untuk meyakinkan bahwa bayi mendapat cukup ASI, ibu harus mengamati/mencatat seberapa sering bayi berkemih. Berkemih paling sedikit 6 kali selama 2-7 hari setelah lahir menunjukkan asupan yang adekuat (Wahyuni, 2012).

Prosedur pemberian ASI yang harus diperhatikan adalah tetekkan bayi segera atau selambatnya setengah jam setelah bayi lahir; biasakan mencuci tangan dengan sabun setiap kali sebelum menetekkan; sebelum menyusui ASI dikeluarkan sedikit kemudian



dioleskan pada puting susu dan aerola sekitarnya yang mempunyai manfaat sebagai disinfektan dan menjaga kelembaban puting susu; bayi diletakkan menghadap perut ibu; ibu duduk dikursi yang rendah atau berbaring dengan santai, bila duduk lebih baik menggunakan kursi yang rendah (kaki ibu tidak bergantung) dan punggung ibu bersandar pada sandaran kursi; bayi dipegang pada bahu dengan satu lengan, kepala bayi terletak pada lengkung siku ibu (kepala tidak boleh menengadah, dan bokong bayi ditahan dengan telapak tangan); satu tangan bayi diletakkan pada badan ibu dan satu di depan; perut bayi menempel badan ibu, kepala bayi menghadap payudara; telinga dan lengan bayi terletak pada satu garis lurus; ibu menatap bayi dengan kasih sayang; payudara dipegang dengan ibu jari di atas dan jari yang lain menopang di bawah; bayi diberi rangsangan untuk membuka mulut dengan cara menyentuh pipi bayi dengan puting susu, menyentuh sisi mulut bayi, setelah bayi membuka mulut dengan cepat kepala bayi diletakkan ke payudara ibu dengan puting serta aerolanya dimasukkan ke mulut bayi, usahakan sebagian besar aerola dapat masuk kedalam mulut bayi sehingga puting berada dibawah langit-langit dan lidah bayi akan menekan ASI keluar, setelah bayi mulai menghisap payudara tidak perlu dipegang atau disanggah; melepas isapan bayi; setelah selesai menyusui, ASI dikeluarkan sedikit kemudian dioleskan pada puting susu dan aerola sekitar dan biarkan kering dengan sendirinya untuk mengurangi rasa sakit. Selanjutnya sendawakan bayi tujuannya untuk mengeluarkan udara dari lambung supaya bayi tidak muntah (gumoh) setelah menyusui; cara menyendawakan bayi adalah bayi dipegang tegak dengan bersandar pada bahu ibu kemudian punggungnya ditepuk perlahan-lahan dan bayi tidur tengkurap di pangkuan ibu, kemudian punggungnya ditepuk perlahan-lahan; jangan mencuci puting payudara menggunakan sabun atau alkohol karena dapat membuat puting payudara kering dan menyebabkan pengerasan yang bisa

mengakibatkan terjadinya luka. Selain itu, rasa putting payudara akan berbeda, sehingga bayi enggan menyusui.

(2) Cairan dan elektrolit

Menurut Marmi (2012), air merupakan nutrisi yang berfungsi menjadi medium untuk nutrisi yang lainnya. Air merupakan kebutuhan nutrisi yang sangat penting mengingat kebutuhan air pada bayi relatif tinggi 75-80% dari berat badan dibandingkan dengan orang dewasa yang hanya 55-60%. Bayi baru lahir memenuhi kebutuhan cairannya melalui ASI. Segala kebutuhan nutrisi dan cairan didapat dari ASI. Kebutuhan cairan (*Darrow*) adalah sebagai berikut:

- (a)  $BB \leq 10 \text{ kg} = BB \times 100 \text{ cc}$
- (b)  $BB 10 - 20 \text{ kg} = 1000 + (BB \times 50) \text{ cc}$
- (c)  $BB > 20 \text{ kg} = 1500 + (BB \times 20) \text{ cc}$

(3) Personal hygiene

Memandikan bayi adalah salah satu cara perawatan untuk memelihara kesehatan dan kenyamanan bagi bayi. Bayi baru lahir dimandikan enam jam setelah bayi lahir, untuk mencegah terjadinya hipotermia. Prinsip dasar yang harus diperhatikan dalam memandikan bayi adalah mencegah terjadinya kehilangan panas tubuh bayi, suhu ruangan harus tetap hangat, dilakukan dalam waktu yang tidak terlalu lama dan segera dikeringkan semua bagian tubuh bayi. Manfaat dari memandikan bayi antara lain untuk menjaga kebersihan kulit bayi, membuat bayi merasa nyaman dan mencegah infeksi (Wahyuni, 2012).

Menurut JNPK-KR (2008), prinsip perawatan tali pusat adalah:

- (a) Jangan membungkus puntung tali pusat atau mengoleskan cairan/bahan apapun ke puntung tali pusat.
- (b) Mengoleskan alkohol atau povidin iodine (Betadine) masih diperkenankan, tetapi tidak dikompreskan karena menyebabkan tali pusat basah/lembab.
- (c) Hal-hal yang perlu menjadi perhatian ibu dan keluarga adalah lipat popok di bawah puntung tali pusat, jika puntung tali pusat kotor, bersihkan (secara hati-hati) dengan air DTT dan sabun dan segera keringkan secara seksama dengan menggunakan kain

bersih, jelaskan pada ibu bahwa ia harus mencari bantuan ke petugas atau fasilitas kesehatan, jika pusat menjadi merah, bernanah dan atau berbau, jika pangkal tali pusat (pusat bayi) menjadi berdarah, merah meluas atau mengeluarkan nanah dan atau berbau, segera rujuk bayi ke fasilitas yang dilengkapi perawatan untuk bayi baru lahir.

(d) Kebutuhan kesehatan dasar

(1) Pakaian

Pakaikan baju ukuran bayi baru lahir yang berbahan katun agar mudah menyerap keringat. Sebaiknya bunda memilih pakaian berkancing depan untuk memudahkan pemasangan pakaian. Jika suhu ruangan kurang dari 25°C beri bayi pakaian dobel agar tidak kedinginan. Tubuh bayi baru lahir biasanya sering terasa dingin, oleh karena itu usahakan suhu ruangan tempat bayi baru lahir berada di 27°C. Tapi biasanya sesudah sekitar satu minggu bayi baru lahir akan merespon terhadap suhu lingkungan sekitarnya dan mulai bisa berkeringat (Marmi, 2012).

(2) Sanitasi lingkungan

Bayi masih memerlukan bantuan orang tua dalam mengontrol kebutuhan sanitasinya seperti kebersihan air yang digunakan untuk memandikan bayi, kebersihan udara yang segar dan sehat untuk asupan oksigen yang maksimal (Marmi, 2012).

(3) Perumahan

Suasana yang nyaman, aman, tentram dan rumah yang harus didapat bayi dari orang tua juga termasuk kebutuhan terpenting bagi bayi itu sendiri. Saat dingin bayi akan mendapatkan kehangatan dari rumah yang terpenuhi kebutuhannya. Kebersihan rumah juga tidak kalah terpenting. Karena di rumah seorang anak dapat berkembang sesuai keadaan rumah itu. Bayi harus dibiasakan dibawa keluar selama 1 atau 2 jam sehari (bila udara baik). Pada saat bayi dibawa keluar rumah, gunakan pakaian secukupnya tidak perlu terlalu tebal atau tipis. Bayi harus terbiasa dengan sinar matahari namun hindari dengan pancaran

langsung sinar matahari di pandangan matanya. Yang paling utama keadaan rumah bisa dijadikan sebagai tempat bermain yang aman dan menyenangkan untuk anak (Marmi, 2012).

5) Kebutuhan psikososial (rawa gabung / *bounding attachment*)

(1) Kasih sayang (*bounding attachment*)

Ikatan antara ibu dan bayinya telah terjadi sejak masa kehamilan dan pada saat persalinan ikatan itu akan semakin kuat. *Bounding* merupakan suatu hubungan yang berawal dari saling mengikat diantara orangtua dan anak, ketika pertama kali bertemu. *Attachment* adalah suatu perasaan kasih sayang yang meningkat satu sama lain setiap waktu dan bersifat unik dan memerlukan kesabaran. Hubungan antara ibu dengan bayinya harus dibina setiap saat untuk mempercepat rasa kekeluargaan. Kontak dini antara ibu, ayah dan bayi disebut *Bounding Attachment* melalui touch/sentuhan (Marmi, 2012)..

(2) Rasa aman

Rasa aman anak masih dipantau oleh orang tua secara intensif dan dengan kasih sayang yang diberikan, anak merasa aman (Marmi, 2012).

(3) Harga diri

Dipengaruhi oleh orang sekitar dimana pemberian kasih sayang dapat membentuk harga diri anak. Hal ini bergantung pada pola asuh, terutama pola asuh demokratis dan kecerdasan emosional (Marmi, 2012).

(4) Rasa memiliki

Didapatkan dari dorongan orang di sekelilingnya (Marmi, 2012)

**D. Nifas**

a. Konsep Dasar Masa Nifas

1) Pengertian masa nifas

Masa nifas (*puerperium*) adalah masa pemulihan kembali, mulai dari persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti prahamil. Lama masa nifa yaitu 6-8 minggu (Sofian, 2013).

Masa nifas adalah masa setelah keluarnya placenta sampai alat-alat reproduksi pulih seperti sebelum hamil dan secara normal masa nifas berlangsung selama 6 minggu atau 40 hari (Ambarwati dalam Walyani, 2015).

Berdasarkan pengertian di atas, dapat disimpulkan bahwa masa nifas merupakan masa sesudah melahirkan yang berlangsung selama

6 minggu, masa pemulihan dari persalinan yang telah dijalani oleh ibu.

2) Tujuan Asuhan Masa Nifas

Menurut Walyani dan Purwoastuti (2015), tujuan asuhan masa nifas adalah:

a) Tujuan umum

Yaitu membantu ibu dan pasangannya selama masa transisi awal mengasuh anak

b) Tujuan khusus

(1) Menjaga kesehatan ibu dan bayi baik fisik maupun psikologisnya

(2) Melaksanakan skrining yang komprehensif

(3) Mendeteksi masalah, mengobati atau merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu dan bayinya

(4) Memberikan pendidikan kesehatan, tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, KB, menyusui, pemberian imunisasi dan perawatan bayi sehat

(5) Memberikan pelayanan keluarga berencana

3) Peran dan tanggung jawab bidan masa nifas

Bidan memiliki peranan yang sangat penting dalam pemberian asuhan postpartum. Menurut Walyani dan Purwoastuti (2015), peran dan tanggung jawab bidan dalam masa nifas adalah:

a) Memberikan dukungan secara berkesinambungan selama masa nifas sesuai dengan kebutuhan ibu untuk mengurangi ketegangan fisik dan psikologis selama masa nifas.

b) Sebagai promotor hubungan antar ibu dan bayi serta keluarga.

c) Mendorong ibu untuk menyusui bayinya dengan meningkatkan rasa nyaman.

d) Membuat kebijakan, perencanaan program kesehatan yang berkaitan ibu dan anak dan mampu melakukan kegiatan administrasi.

e) Mendeteksi komplikasi dan perlunya rujukan.

f) Memberikan konseling untuk ibu dan keluarganya mengenai cara mencegah perdarahan, mengenali tanda-tanda bahaya, menjaga gizi yang baik serta mempraktekkan kebersihan yang aman.

g) Melakukan manajemen asuhan dengan cara mengumpulkan data, menetapkan diagnosa dan rencana tindakan serta

melaksanakannya untuk mempercepat proses pemulihan, mencegah komplikasi dengan memenuhi kebutuhan ibu dan bayi selama periode nifas.

h) Memberikan asuhan secara profesional.

4) Tahapan masa nifas

Menurut Sofian (2013), nifas dibagi dalam 3 periode, yaitu:

a) Puerperium Dini

Puerperium dini adalah kepulihan saat ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan.

b) Puerperium Intermediat

Puerperium intermediat adalah kepulihan menyeluruh alat-alat genitalia yang lamanya 6-8 minggu.

c) Puerperium Lanjut

Puerperium lanjut adalah waktu yang diperlukan untuk pulih dan kembali sehat sempurna, terutama jika selama hamil atau sewaktu persalinan timbul komplikasi. Waktu untuk mencapai kondisi sehat sempurna dapat berminggu-minggu, bulanan atau tahunan.

5) Kebijakan Program Nasional Masa Nifas

Paling sedikit 3 kali kunjungan masa nifas yang dilakukan untuk menilai status ibu dan bayi baru lahir, untuk mencegah, mendeteksi, serta menangani masalah-masalah yang terjadi dalam masa nifas yakni kunjungan 1 (KF1) pada 6 jam-3 hari post partum, kunjungan ke-2 (KF2) pada 4-28 hari post partum dan kunjungan ke-3 (KF3) pada 29-42 hari post partum (Kemenkes, 2015).

Tabel 2.4

## Program dan Kebijakan Teknik Masa Nifas

Kunjungan	Waktu	Tujuan
1	6-8 jam setelah persalinan	a. Mencegah terjadinya perdarahan pada masa nifas b. Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan dan memberikan rujukan bila perdarahan berlanjut c. Memberikan konseling kepada ibu atau salah satu anggota keluarga mengenai bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri d. Pemberian ASI pada masa awal menjadi ibu e. Mengajarkan ibu untuk mempererat hubungan antara ibu dan bayinya f. Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi
2	6 hari setelah persalinan	a. Memastikan involusi uteri berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus di bawah umbilikus tidak ada perdarahan abnormal dan tidak ada bau b. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau kelainan pasca melahirkan c. Memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan dan istirahat d. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak ada tanda-tanda payudara bengkak e. Memberikan konseling kepada ibu mengenai asuhan pada bayi, cara merawat tali pusat dan menjaga bayi agar tetap hangat
3	2 minggu setelah persalinan	a. Memastikan involusi uteri berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus di bawah umbilikus tidak ada perdarahan abnormal dan tidak ada bau b. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau kelainan pasca melahirkan c. Memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan dan istirahat d. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak ada tanda-tanda payudara bengkak e. Memberikan konseling kepada ibu mengenai asuhan pada bayi, cara merawat tali pusat dan menjaga bayi agar tetap hangat
4	6 minggu setelah persalinan	a. Menanyakan pada ibu tentang payudara bengkak yang dialami atau bayinya b. Memberikan konseling untuk KB secara dini

Sumber: Walyani dan Purwoastuti, 2015

6) Perubahan fisiologis masa nifas

Ibu dalam masa nifas mengalami perubahan fisiologis. Setelah keluarnya plasenta, kadar sirkulasi hormon HCG (*human chorionic*

*gonadotropin*), *human plasental lactogen*, estrogen dan progesteron menurun. *Human plasental lactogen* akan menghilang dari peredaran darah ibu dalam 2 hari dan HCG dalam 2 minggu setelah melahirkan. Kadara estrogen dan progesteron hampir sama dengan kadar yang ditemukan pada fase folikuler dari siklus menstruasi berturut-turut sekitar 3 dan 7 hari. Penarikan polipeptida dan hormon steroid ini mengubah fungsi seluruh sistem sehingga efek kehamilan berbalik dan wanita dianggap sedang tidak hamil, sekalipun pada wanita (Walyani dan Purwoastuti, 2015).

Perubahan-perubahan fisiologis pada masa nifas adalah sebagai berikut:

a) Perubahan sistem reproduksi

Menurut Walyani dan Purwoastuti (2015), perubahan sistem reproduksi terdiri dari:

(1) Uterus

Menurut Walyani dan Purwoastuti (2015), pada masa nifas uterus secara berangsur-angsur menjadi kecil (*involusi*) sehingga akhirnya kembali seperti sebelum hamil.

(a) Bayi lahir fundus uteri setinggi pusat dengan berat uterus 1000 gram

(b) Akhir kala III persalinan tinggi fundus uteri teraba 2 jari bawah pusat dengan berat uterus 750

(c) Satu minggu *postpartum* tinggi fundus uteri teraba pertengahan pusat simpisis dengan berat uterus 500 gr

(d) Dua minggu *postpartum* tinggi fundus uteri tidak teraba diatas simpisis dengan berat uterus 350 gr

(e) Enam minggu *postpartum* fundus uteri bertambah kecil dengan berat uterus 50 gr

(2) Lochea



Lochea adalah cairan sekret yang berasal dari cavum uteri dan vagina dalam masa nifas.

Macam-macam lochea:

- (a) Lochea rubra (cruenta): berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel desidua, verniks kaseosa, lanugo dan mekonium, selama 2 hari *postpartum*.
  - (b) Lochea sanguinolenta: berwarna kuning berisi darah dan lendir, hari 3-7 *postpartum*.
  - (c) Lochea serosa: berwarna kuning cairan tidak berdarah lagi, pada hari ke 7-14 *postpartum*.
  - (d) Lochea alba: cairan putih, setelah 2 minggu.
  - (e) Lochea purulenta: terjadi infeksi, keluar cairan seperti nanah berbau busuk.
  - (f) Locheastasis: lochea tidak lancar keluarnya.
- (Walyani dan Purwoastuti, 2015)

(3) Serviks

Serviks mengalami involusi bersama-sama uterus. Setelah persalinan, ostium eksterna dapat dimasuki oleh 2 hingga 3 jari tangan, setelah 6 minggu persalinan serviks menutup (Walyani dan Purwoastuti, 2015).

(4) Vulva dan vagina

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi dan dalam beberapa hari pertama sesudah proses tersebut, kedua organ ini tetap berada dalam keadaan kendur. Setelah 3 minggu vulva dan vagina kembali kepada keadaan tidak hamil dan rugae dalam vagina secara berangsur-angsur akan muncul kembali sementara labia menjadi lebih menonjol (Walyani dan Purwoastuti, 2015).

(5) Perineum

Segera setelah melahirkan, perineum menjadi kendur karena sebelumnya teregang oleh tekanan kepala bayi yang bergerak maju. Pada *postnatal* hari ke-5, perineum sudah mendapatkan kembali sebagian besar tonusnya sekalipun tetap lebih kendur daripada keadaan sebelum melahirkan (Walyani dan Purwoastuti, 2015).

(6) Payudara

Kadar prolaktin yang disekresi oleh kelenjar hypofisis anterior meningkat secara stabil selama kehamilan, tetapi hormon plasenta menghambat produksi ASI. Setelah kelahiran plasenta, konsentrasi estrogen dan progesteron menurun, prolaktin dilepaskan dan sintesis ASI dimulai. Suplai darah ke payudara meningkat dan menyebabkan pembengkakan vascular sementara. Air susu, saat diproduksi, disimpan di alveoli dan harus dikeluarkan dengan efektif dengan cara diisap oleh bayi untuk pengadaaan dan keberlangsungan laktasi.

Pelepasan oksitosin dari kelenjar hypofisis posterior distimulsi oleh isapan bayi. Hal ini menyebabkan kontraksi sel-sel mioepitel di dalam payudara dan pengeluaran ASI. Oksitosin juga menstimulasi kontraksi miometrium pada uterus, yang biasanya dilaporkan wanita sebagai afterpain (nyeri kontraksi uterus setelah melahirkan).

ASI yang dapat dihasilkan oleh ibu pada setiap harinya  $\pm$  150-300 ml, sehingga kebutuhan bayi setiap harinya. ASI dapat dihasilkan oleh kelenjar susu yang dipengaruhi oleh kerja hormon-hormon, diantaranya hormon laktogen.

ASI yang muncul pertama kali pada awal masa nifas adalah ASI yang berwarna kekuningan yang disebut kolostrum. Kolostrum sebenarnya telah terbentuk di dalam tubuh ibu pada usia kehamilan  $\pm$  12 minggu. Dan kolostrum merupakan ASI pertama yang sangat baik untuk diberikan karena banyak sekali manfaatnya, kolostrum ini menjadi imun bagi bayi karena mengandung sel darah putih.

Perubahan pada payudara meliputi:

- a) Penurunan kadar progesteron secara tepat dengan peningkatan hormon prolaktin setelah persalinan.
- b) Kolostrum sudah ada saat persalinan produksi ASI terjadi pada hari ke-2 atau hari ke-3 setelah persalinan.
- c) Payudara menjadi besar dan keras sebagai tanda mulainya proses laktasi.

(Walyani dan Purwoastuti, 2015)

- b) Perubahan sistem pencernaan  
Kerap kali diperlukan waktu 3-4 hari sebelum faal usus kembali normal. Meskipun kadar progesteron menurun setelah melahirkan, namun asupan makanan juga mengalami penurunan selama satu atau dua hari, gerak tubuh berkurang dan usus bagian bawah sering kosong jika sebelum melahirkan diberikan enema. Rasa sakit di daerah perineum dapat menghalangi keinginan ke belakang (Walyani dan Purwoastuti, 2015).
- c) Perubahan sistem perkemihan  
Buang air kecil sering sulit selama 24 jam pertama. Kemungkinan selaput spasm sfingter dan edema leher buli-buli sesudah bagian ini mengalami kompresi antara kepala janin dan tulang pubis selama persalinan. Urine dalam jumlah yang besar akan dihasilkan dalam waktu 12-36 jam sesudah melahirkan. Setelah plasenta dilahirkan, kadar hormon estrogen yang bersifat menahan air akan mengalami penurunan yang mencolok. Keadaan ini menyebabkan diuresis. Ureter yang berdilatasi akan kembali normal dalam tempo 6 minggu (Walyani dan Purwoastuti, 2015).
- d) Perubahan sistem muskuloskeletal  
Ambulasi pada umumnya dimulai 4-8 jam postpartum. Ambulasi dini sangat membantu untuk mencegah komplikasi dan mempercepat proses involusi (Walyani dan Purwoastuti, 2015).
- e) Perubahan sistem endokrin  
Kadar estrogen menurun 10% dalam waktu sekitar 3 jam postpartum. Progesteron turun pada hari ke-3 postpartum. Kadar prolaktin dalam darah berangsur-angsur hilang (Walyani dan Purwoastuti, 2015).
- f) Perubahan tanda-tanda vital
  - (1) Suhu Badan  
24 jam post partum suhu badan akan naik sedikit (37,5°C-38°C) sebagai akibat kerja keras waktu melahirkan, kehilangan cairan dan kelelahan, apabila keadaan normal suhu badan akan biasa lagi. Pada hari ketiga badan akan naik lagi karena ada pembentukan ASI, buah dada menjadi bengkak, berwarna merah karena banyaknya ASI bila suhu tidak turun kemungkinan adanya

infeksi pada endometrium, mastitis, traktus urogenitalis atau sistem lain (Ambarwati dan Wulandari, 2008).

(2) Nadi

Denyut nadi normal pada orang dewasa 60-80 kali permenit. Sehabis melahirkan biasanya denyut nadi itu akan lebih cepat. Setiap denyut nadi yang melebihi 100 adalah abnormal dan hal ini mungkin disebabkan oleh infeksi atau perdarahan postpartum yang tertunda (Ambarwati dan Wulandari, 2008).

(3) Tekanan Darah

Biasanya tidak berubah, kemungkinan tekanan darah rendah setelah ibu melahirkan karena ada perdarahan. Tekanan darah tinggi pada postpartum menandakan terjadinya preeklampsia postpartum (Ambarwati dan Wulandari, 2008).

(4) Pernapasan

Keadaan pernapasan selalu berhubungan dengan keadaan suhu dan denyut nadi. Apabila suhu dan denyut nadi tidak normal pernapasan juga akan mengikutinya kecuali ada gangguan khusus pada saluran pernapasan (Ambarwati dan Wulandari, 2008).

g) Perubahan sistem kardiovaskuler

Denyut jantung, volume dan curah jantung meningkat segera setelah melahirkan karena terhentinya aliran darah ke plasenta yang mengakibatkan beban jantung meningkat yang dapat diatasi dengan haemokonsentrasi sampai volume darah kembali normal dan pembuluh darah kembali ke ukuran semula (Walyani dan Purwoastuti, 2015).

(1) Volume darah

Perubahan pada volume darah tergantung pada beberapa variabel. Contohnya kehilangan darah selama persalinan, mobilisasi dan pengeluaran cairan ekstrasvaskular. Kehilangan darah mengakibatkan perubahan volume darah tetapi hanya terbatas pada volume darah total. Kemudian, perubahan cairan tubuh normal mengakibatkan suatu penurunan yang lambat pada volume darah. Dalam 2 sampai 3 minggu setelah persalinan, volume darah

seringkali menurun sampai pada nilai sebelum kehamilan (Walyani dan Purwoastuti, 2015).

(2) *Cardiac output*

*Cardiac output* terus meningkat selama kala I dan kala II persalinan. Puncaknya selama masa nifas dengan tidak memperhatikan tipe persalinan dan penggunaan anastesi. *Cardiac output* tetap tinggi dalam beberapa waktu sampai 48 jam postpartum ini umumnya mungkin diikuti dengan peningkatan stroke volume akibat dari peningkatan *venous return*, *bradycardi* terlihat selama waktu ini. *Cardiac output* akan kembali pada keadaan semula seperti sebelum hamil dalam 2-3 minggu (Walyani dan Purwoastuti, 2015).

h) Perubahan sistem hematologi

Menurut Walyani dan Purwoastuti (2015), perubahan sistem hematologi adalah sebagai berikut:

(1) Hari pertama masa nifas kadar fibrinogen dan plasma sedikit menurun, tetapi darah lebih kental dengan peningkatan viskositas sehingga meningkatkan pembekuan darah. Haematokrit dan haemoglobin pada hari ke 3-7 setelah persalinan. Masa nifas bukan masa penghancuran sel darah merah tetapi tambahan-tambahan akan menghilang secara perlahan sesuai dengan waktu hidup sel darah merah. Pada keadaan tidak ada komplikasi, keadaan haematokrit dan haemoglobin akan kembali pada keadaan normal seperti sebelum hamil dalam 4-5 minggu postpartum.

(2) Leukositosis meningkat, dapat mencapai  $15000/\text{mm}^3$  selama persalinan dan tetap tinggi dalam beberapa hari postpartum. Jumlah sel darah putih normal rata-rata pada wanita hamil kira-kira  $12000/\text{mm}^3$ . Selama 10-12 hari setelah persalinan umumnya bernilai antara  $20000\text{-}25000/\text{mm}^3$ , neutrofil berjumlah lebih banyak dari sel darah putih, dengan konsekuensi akan berubah. Sel darah putih, bersama dengan peningkatan normal pada kadar sedimen eritrosit, mungkin sulit diinterpretasikan jika terjadi infeksi akut.

- (3) Faktor pembekuan, yakni suatu aktivitas faktor pembekuan darah terjadi setelah persalinan.
- (4) Kaki ibu diperiksa setiap hari untuk mengetahui adanya tanda-tanda trombosis (nyeri, hangat dan lemas, vena bengkak kemerahan yang dirasakan keras atau padat ketika disentuh).
- (5) Varises pada kaki dan sekitar anus (haemoroid) adalah umum pada kehamilan. Varises pada vulva umumnya kurang dan akan segera kembali setelah persalinan.

7) Proses adaptasi psikologis ibu masa nifas

a) Adaptasi psikologis ibu masa nifas

(1) Fase *taking in*

Fase ini merupakan periode ketergantungan yang berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Pada saat itu, fokus perhatian ibu terutama pada dirinya sendiri. Pengalaman selama proses persalinan sering berulang diceritakannya. Kelelahan membuat ibu cukup istirahat untuk mencegah gejala kurang tidur, seperti muda tersinggung. Hal ini membuat ibu cenderung menjadi pasif terhadap lingkungannya. Oleh karena itu, kondisi ibu perlu dipahami dengan menjaga komunikasi yang baik. Pada fase ini perlu diperhatikan pemberian ekstra makanan untuk proses pemulihannya. Disamping nafsu makan ibu memang meningkat (Ambarwati dan Wulandari, 2008).

(2) Fase *taking hold*

Fase ini berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan. Pada fase *taking hold*, ibu merasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi. Selain itu, perasaannya sangat sensitif sehingga mudah tersinggung jika komunikasinya kurang hati-hati. Oleh karena itu ibu memerlukan dukungan karena saat ini merupakan kesempatan yang baik untuk menerima berbagai penyuluhan dalam merawat diri dan bayinya sehingga tumbuh rasa percaya diri (Ambarwati dan Wulandari, 2008).

(3) Fase *letting go*

Fase ini merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya yang berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Ibu sudah mulai menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya. Keinginan untuk merawat diri dan bayinya meningkat pada fase ini (Ambarwati dan Wulandari, 2008).

b) Post partum *blues*

Ada kalanya ibu mengalami perasaan sedih yang berkaitan dengan bayinya. Keadaan ini disebut dengan *baby blues*, yang disebabkan oleh perubahan perasaan yang dialami ibu saat hamil sehingga sulit menerima kehadiran bayinya. Perubahan perasaan ini merupakan respon alami terhadap rasa lelah yang dirasakan. Selain itu, juga karena perubahan fisik dan emosional selama beberapa bulan kehamilan. Setelah melahirkan dan lepasnya plasenta dari dinding rahim, tubuh ibu mengalami perubahan besar dalam jumlah hormon sehingga membutuhkan waktu untuk menyesuaikan diri.

Gejala-gejala *baby blues*, antara lain menangis, mengalami perubahan perasaan, cemas, kesepian, khawatir mengenai sang bayi, penurunan gairah sex dan kurang percaya diri terhadap kemampuan menjadi seorang ibu. Jika hal ini terjadi, ibu disarankan untuk melakukan hal-hal berikut ini:

- (1) Mintalah bantuan suami atau keluarga jika ibu membutuhkan istirahat untuk menghilangkan kelelahan.
- (2) Beritahu suami mengenai apa yang sedang ibu rasakan. Mintalah dukungan dan pertolongannya.
- (3) Buang rasa cemas dan kekhawatiran akan kemampuan merawat bayi
- (4) Carilah hiburan dan luangkan waktu untuk diri sendiri.

Ada kalanya ibu merasakan kesedihan karena kebebasan, otonomi, interaksi sosial, kemandiriannya berkurang. Hal ini akan mengakibatkan depresi pasca-persalinan (depresi postpartum). Berikut ini gejala-gejala depresi pasca-persalinan: sulit tidur, bahkan ketika bayi sudah tidur, nafsu makan hilang perasaan tidak berdaya atau

kehilangan, terlalu cemas atau tidak perhatian sama sekali pada bayi, tidak menyukai atau takut menyentuh bayi, pikiran yang menakutkan mengenai bayi, sedikit atau tidak ada perhatian terhadap penampilan pribadi, gejala fisik seperti banyak wanita sulit bernapas atau perasaan berdebar-debar.

Jika ibu mengalami gejala-gejala tersebut sebaiknya ibu memberitahu suami, bidan atau dokter. Penyakit ini bisa disembuhkan dengan obat-obatan dan konsultasi dengan psikiater. Jika depresi berkepanjangan ibu perlu mendapatkan perawatan rumah sakit. Depresi masa nifas adalah keadaan yang amat serius. Wanita memerlukan banyak istirahat dan dukungan. Gejala-gejala lain dari depresi masa nifas adalah ibu tidak merawat dirinya sendiri ataupun bayinya dan merasa mendengar suara seseorang yang sesungguhnya tidak ada (Ambarwati dan Wulandari, 2008).

c) Post partum psikosis

Insiden terjadinya psikosis post partum sekitar 1-2 per 1000 kelahiran. Pada kasus tertentu sebaiknya ibu dirawat karena dapat menampilkan gejala yang membahayakan seperti menyakiti diri sendiri atau bayinya. Rekurensi dalam masa kehamilan mencapai kehamilan 20-30 persen. Gejala psikosis post partum muncul beberapa hari sampai 4-6 minggu post partum. Faktor penyebab psikosis post partum antara lain adanya riwayat keluarga penderita psikiatri, riwayat ibu menderita psikiatri dan masalah keluarga dan perkawinan. Sementara gejala psikosis post partum adalah gangguan tidur, cepat marah, gaya bicara keras dan menarik diri dari pergaulan. Penatalaksanaan psikosis post partum adalah pemberian anti depresan atau lithium, sebaiknya menyusui dihentikan karena anti depresan disekresi melalui ASI dan perawatan di rumah sakit (Widyasih, dkk, 2012)..

d) Kesedihan dan duka cita

(1) Kemurungan Masa Nifas



Kemurungan masa nifas normal saja dan disebabkan perubahan dalam tubuh dalam seorang wanita selama kehamilan serta perubahan dalam irama/cara kehidupannya sesudah bayi lahir. Seorang ibu lebih beresiko mengalami kemurungan pasca salin, karena ia masih muda mempunyai masalah dalam menyusui bayinya. Kemurungan pada masa nifas merupakan hal yang umum, dan bahwa perasaan-perasaan demikian biasanya hilang sendiri dalam dua minggu sesudah melahirkan (Ambarwati dan Wilandari, 2008).

(2) Terciptanya ikatan ibu dan bayi

Menciptakan terjadinya ikatan bayi dan ibu dalam jam pertama setelah kelahiran yaitu dengan cara mendorong pasangan orang tua untuk memegang dan memeriksa bayinya, memberi komentar positif tentang bayinya, meletakkan bayinya disamping ibunya.

Perilaku normal orang tua untuk menyentuh bayinya ketika mereka pertama kali melihat bayinya yaitu dengan meraba atau menyentuh anggota badan bayi serta kepalanya dengan ujung jari. Mengusap tubuh bayi dengan telapak tangan lalu menggendongnya di lengan dan memposisikannya sedemikian rupa sehingga matanya bertatapan langsung dengan mata bayi (Ambarwati dan Wulandari, 2008).

Berbagai perilaku yang merupakan tanda yang harus diwaspadai dalam kaitannya dengan ikatan antara ibu dan bayi dan kemungkinan penatalaksanaannya oleh bidan. Penatalaksanaan tindakan apa saja yang bisa membantu terciptanya ikatan antara ibu dan bayi dan pengamatan yang kontinyu memberikan dorongan pada pasangan orang tua. Dirujuk apabila sikap “bermusuhan” atau perilaku negatif tetap berlanjut (Ambarwati dan Wilandari, 2008).

(3) Tanda-tanda dan gejala serta etiologi kemurungan masa nifas dan klasifikasi atau istilah-istilah lokal yang dipakai untuk menggambarkan (Ambarwati dan Wilandari, 2008).

Tanda-tanda dan gejalanya: sangat emosional, sedih, khawatir, mudah tersinggung, cemas, merasa hilang semangat, mudah marah, sedih tanpa ada sebabnya, menangis berulang kali.

Etiologi: berbagai perubahan yang terjadi dalam tubuh wanita selama kehamilan dan perubahan dalam cara hidupnya sesudah mempunyai bayi. Perubahan hormonal yang cepat sementara tubuh kembali pada keadaan tidak hamil dan sementara proses menyusui telah terjadi. Adanya perasaan kehilangan secara fisik sesudah melahirkan yang menjurus pada suatu perasaan sedih.

Ibu yang beresiko tinggi yang mempunyai reaksi psikologis lebih parah dari pada kemurungan masa nifas. Ibu yang sebelumnya pernah mengalami depresi atau tekanan jiwa. Ibu yang rasa percaya dirinya (harkatnya) rendah. Ibu yang tidak mempunyai jaringan dukungan, ibu yang bayinya meninggal atau menyandang masalah. Tanda-tanda dan gejala ibu yang mengalami atau mempunyai reaksi psikologis yang lebih parah dari pada kemurungan masa nifas dan bagaimana penatalaksanaan kebidanannya. Tanda-tanda dan gejala: tidak bisa tidur atau tidak bernafsu makan, merasa bahwa ia tidak merawat dirinya sendiri atau bayinya, berfikir untuk mencederai dirinya sendiri atau bayinya, seolah mendengar suara-suara atau tidak dapat berpikir secara jernih, perilakunya aneh, kehilangan sentuhan atau hubungan dengan kenyataan, adanya halusinasi atau khayalan, menyangkal bahwa bayi yang dilahirkan adalah anaknya (Ambarwati dan Wulandari, 2008).

8) Faktor-faktor yang mempengaruhi masa nifas dan menyusui

a) Faktor fisik

Kelelahan fisik karena aktivitas mengasuh bayi, menyusui, memandikan, mengganti popok, dan pekerjaan setiap hari membuat ibu kelelahan, apalagi jika tidak ada bantuan dari suami atau anggota keluarga lain.

b) Faktor psikologis

Berkurangnya perhatian keluarga, terutama suami karena semua perhatian tertuju pada anak yang baru lahir. Padahal selesai persalinan

ibu merasa kelelahan dan sakit pasca persalinan membuat ibu membutuhkan perhatian. Kecewa terhadap fisik bayi karena tidak sesuai dengan pengrapan juga bisa memicu *baby blue*.

c) Faktor lingkungan sosial, budaya dan ekonomi

Adanya adat istiadat yang dianut oleh lingkungan dan keluarga sedikit banyak akan memengaruhi keberhasilan ibu dalam melewati saat transisi ini. Apalagi jika ada hal yang tidak sinkron antara arahan dari tenaga kesehatan dengan budaya yang dianut. Dalam hal ini, bidan harus bijaksana dalam menyikapi, namun tidak mengurangi kualitas asuhan yang harus diberikan. Keterlibatan keluarga dari awal dalam menentukan bentuk asuhan dan perawatan yang harus diberikan pada ibu dan bayi akan memudahkan bidan dalam pemberian asuhan.

Faktor lingkungan yang paling mempengaruhi status kesehatan masyarakat terutama ibu hamil, bersalin, dan nifas adalah pendidikan. Jika masyarakat mengetahui dan memahami hal-hal yang mempengaruhi status kesehatan tersebut maka diharapkan masyarakat tidak melakukan kebiasaan atau adat istiadat yang merugikan kesehatan khususnya ibu hamil, bersalin, dan nifas.

Status ekonomi merupakan simbol status sosial di masyarakat. Pendapatan yang tinggi menunjukkan kemampuan masyarakat dalam memenuhi kebutuhan nutrisi yang memenuhi zat gizi untuk ibu hamil. Sedangkan kondisi ekonomi keluarga yang rendah mendorong ibu nifas untuk melakukan tindakan yang tidak sesuai dengan kebutuhan kesehatan.

9) Kebutuhan dasar ibu masa nifas

a) Nutrisi

Nutrisi adalah zat yang diperlukan oleh tubuh untuk keperluan metabolisme. Kebutuhan gizi pada masa nifas terutama bila menyusui akan meningkat 25%, karena berguna untuk proses kesembuhan karena sehabis melahirkan dan untuk memproduksi air susu yang cukup untuk menyehatkan bayi semua itu akan meningkat tiga kali dari kebutuhan biasa.

Nutrisi yang dikonsumsi harus bermutu tinggi, bergizi dan cukup kalori. Kalori bagus untuk proses metabolisme tubuh, kerja organ tubuh, proses pembentukan ASI. Wanita dewasa memerlukan 2.200 k kalori. Ibu menyusui memerlukan kalori yang sama dengan wanita dewasa + 700 k kalori pada 6 bulan pertama kemudian + 500 k.kalori bulan selanjutnya.

Menu makanan seimbang yang harus dikonsumsi adalah porsi cukup dan teratur, tidak terlalu asin, pedas atau berlemak, tidak mengandung alkohol, nikotin serta bahan pengawet atau pewarna. Di samping itu, harus mengandung sumber tenaga, pembangun dan pengatur/pelindung.

Sumber tenaga untuk pembakaran tubuh, pembentukan jaringan baru, penghematan protein (jika sumber tenaga kurang, protein dapat digunakan sebagai cadangan untuk memenuhi kebutuhan energi). Sumber tenaga atau energi terdapat di dalam karbohidrat dan lemak.

Sumber pembangun (protein) diperlukan untuk pertumbuhan dan penggantian sel-sel yang rusak atau mati. Sumber protein dapat diperoleh dari protein hewani dan protein nabati.

Sumber pengatur atau pelindung (mineral, vitamin dan air) digunakan untuk melindungi tubuh dari serangan penyakit dan pengatur kelancaran metabolisme dalam tubuh. Ibu dianjurkan untuk minum setiap sehabis menyusui. Sumber zat pengatur dan pelindung biasa diperoleh dari semua jenis sayuran dan buah-buahan segar (Walyani dan Purwoastuti, 2015).

#### b) Ambulasi

Sebagian besar pasien dapat melakukan ambulasi segera setelah persalinan usai. Aktivitas tersebut amat berguna bagi semua sistem tubuh, terutama fungsi usus, kandung kemih, sirkulasi dan paru-paru. Hal tersebut juga membantu mencegah trombosis pada pembuluh tungkai dan membantu kemajuan ibu dari ketergantungan peran sakit menjadi sehat.

Aktivitas dapat dilakukan secara bertahap, memberikan jarak antara aktivitas dan istirahat. Dalam 2 jam setelah bersalin ibu harus sudah bisa melakukan mobilisasi. Dilakukan secara perlahan-lahan

dan bertahap. Dapat dilakukan dengan miring kanan atau miring kiri terlebih dahulu, kemudian duduk dan berangsur-angsur untuk berdiri dan jalan.

Mobilisasi dini (*early mobilization*) bermanfaat untuk:

- (1) Melancarkan pengeluaran lokia, mengurangi infeksi puerperium
- (2) Ibu merasa lebih sehat dan kuat
- (3) Mempercepat involusi alat kandungan
- (4) Fungsi usus, sirkulasi, paru-paru dan perkemihan lebih baik
- (5) Meningkatkan kelancaran peredaran darah, sehingga mempercepat fungsi ASI dan pengeluaran sisa metabolisme
- (6) Memungkinkan untuk mengajarkan perawatan bayi pada ibu
- (7) Mencegah trombosis pada pembuluh tungkai

(Walyani dan Purwoastuti, 2015)

c) Eliminasi

(1) Miksi

- (a) Pada persalinan normal, masalah berkemih dan buang air besar tidak mengalami hambatan apapun. Kebanyakan pasien dapat melakukan BAK secara spontan dalam 8 jam setelah melahirkan (Walyani dan Purwoastuti, 2015).
- (b) Miksi hendaknya dilakukan sendiri secepatnya, kadang-kadang wanita mengalami sulit kencing, karena sfingter uretra ditekan oleh kepala janin dan spasme oleh iritasi musculus spincher selama persalinan, juga karena adanya edema kandung kemih yang terjadi selama persalinan (Walyani dan Purwoastuti, 2015).
- (c) Bila dalam 3 hari ibu tidak dapat berkemih, dapat dilakukan rangsangan untuk berkemih dengan mengkompres vesica maka ajarkan ibu untuk berkemih sambil membuka kran air, jika tetap belum bisa melakukan juga maka dapat dilakukan kateterisasi (Walyani dan Purwoastuti, 2015).

(2) Defekasi

- (a) Buang air besar akan biasa setelah sehari, kecuali bila ibu takut dengan luka episiotomi.
- (b) Bila sampai 3-4 hari belum buang air besar, sebaiknya diberikan obat rangsangan per oral atau per rektal, jika masih belum bisa dilakukan klisma untuk merangsang buang air

besar sehingga tidak mengalami sembelit dan menyebabkan jahitan terbuka (Walyani dan Purwoastuti, 2015).

d) Kebersihan diri/perineum

Kebersihan diri ibu membantu mengurangi sumber infeksi dan meningkatkan perasaan nyaman pada ibu. Anjurkan ibu untuk menjaga kebersihan diri dengan cara mandi yang teratur minimal 2 kali sehari, mengganti pakaian dan alas tempat tidur serta lingkungan dimana ibu tinggal. Ibu harus tetap bersih, segar dan wangi. Merawat perineum dengan baik dengan menggunakan antiseptik dan selalu membersihkan perineum dari arah depan ke belakang. Jaga kebersihan diri secara keseluruhan untuk menghindari infeksi, baik pada luka jahitan maupun kulit (Walyani dan Purwoastuti, 2015).

(1) Kebersihan pakaian

Sebaiknya pakaian terbuat dari bahan yang mudah menyerap keringat karena produksi keringat menjadi banyak. Produksi keringat yang tinggi berguna untuk menghilangkan ekstra volume saat hamil. Sebaiknya, pakaian agak longgar di daerah dada sehingga payudara tidak tertekan dan kering. Demikian juga dengan pakaian dalam, agar tidak terjadi iritasi pada daerah sekitarnya akibat lochea (Walyani dan Purwoastuti, 2015).

(2) Rambut

Setelah bayi lahir, ibu mungkin akan mengalami kerontokan rambut akibat gangguan perubahan hormon sehingga keadaannya menjadi lebih tipis dibandingkan keadaan normal. Jumlah dan lamanya kerontokan berbeda-beda antara satu wanita dengan wanita yang lain. Meskipun demikian, kebanyakan akan pulih setelah beberapa bulan. Cuci rambut dengan conditioner yang cukup, lalu menggunakan sisir yang lembut (Walyani dan Purwoastuti, 2015).

(3) Kulit

Setelah persalinan, ekstra cairan tubuh yang dibutuhkan saat hamil akan dikeluarkan kembali melalui air seni dan keringat untuk menghilangkan pembengkakan pada wajah, kaki, betis dan tangan ibu. Oleh karena itu, dalam minggu-minggu pertama setelah

melahirkan, ibu akan merasakan jumlah keringat yang lebih banyak dari biasanya. Usahakan mandi lebih sering dan jaga agar kulit tetap kering (Walyani dan Purwoastuti, 2015).

(4) Kebersihan vulva dan sekitarnya

(a) Mengajarkan ibu membersihkan daerah kelamin dengan cara membersihkan daerah di sekitar vulva terlebih dahulu, dari depan ke belakang, baru kemudian membersihkan daerah sekitar anus. Bersihkan vulva setiap kali buang air kecil atau besar.

(b) Sarankan ibu untuk mengganti pembalut atau kain pembalut setidaknya dua kali sehari. Kain dapat digunakan ulang jika telah dicuci dengan baik dan dikeringkan di bawah matahari atau disetrika.

(c) Sarankan ibu untuk mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelaminnya.

(d) Jika ibu mempunyai luka episiotomi atau laserasi, sarankan kepada ibu untuk menghindari menyentuh luka, cebok dengan air dingin atau cuci menggunakan sabun. Perawatan luka perineum bertujuan untuk mencegah infeksi, meningkatkan rasa nyaman dan mempercepat penyembuhan. Perawatan luka perineum dapat dilakukan dengan cara mencuci daerah genital dengan air dan sabun setiap kali habis BAK/BAB yang dimulai dari dengan mencuci bagian depan baru kemudian daerah anus. Sebelum dan sesudah itu dianjurkan untuk mencuci tangan. Pembalut hendaknya diganti minimal 2 kali sehari. Bila pembalut yang dipakai ibu bukan pembalut habis pakai, pembalut dapat dipakai kembali dengan dicuci, dijemur dibawah sinar matahari dan disetrika (Walyani dan Purwoastuti, 2015).

e) Istirahat

Ibu nifas memerlukan istirahat yang cukup, istirahat tidur yang dibutuhkan ibu nifas sekitar 8 jam pada malam hari dan 1 jam pada siang hari. Hal-hal yang dapat dilakukan ibu dalam memenuhi

kebutuhan istirahatnya adalah anjurkan ibu untuk cukup istirahat, sarankan ibu untuk melakukan kegiatan rumah tangga secara perlahan dan tidur siang atau istirahat saat bayi bayi tidur. Kurang istirahat dapat menyebabkan jumlah ASI berkurang, memperlambat proses involusi uteri dan menyebabkan depresi dan ketidakmampuan dalam merawat bayi sendiri (Nugroho, dkk, 2014).

f) Seksual

Secara fisik aman untuk memulai hubungan suami istri begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu atau dua jarinya ke dalam vagina tanpa rasa nyeri. Begitu darah merah berhenti dan ibu tidak merasa nyeri, aman untuk memulai, melakukan hubungan suami istri kapan saja ibu siap.

Ibu yang baru melahirkan boleh melakukan hubungan seksual kembali setelah 6 minggu persalinan. Batasan waktu 6 minggu didasarkan atas pemikiran pada masa itu semua luka akibat persalinan, termasuk luka episiotomi dan luka bekas SC biasanya telah sembuh dengan baik. Bil suatu persalinan dipastikan tidak ada luka atau perobekan jaringan, hubungan seks bahkan telah boleh dilakukan 3-4 minggu setelah proses persalinan (Walyani dan Purwoastuti, 2015).

g) Latihan/senam nifas

Organ-organ tubuh wanita akan kembali seperti semula sekitar 6 minggu. Oleh karena itu, ibu akan berusaha memulihkan dan mengencangkan bentuk tubuhnya. Hal tersebut dapat dilakukan dengan cara latihan senam nifas. Senam nifas adalah senam yang dilakukan sejak hari pertama melahirkan sampai dengan hari ke sepuluh,

Faktor-faktor yang menentukan kesiapan ibu untuk memulai senam nifas adalah tingkat kebugaran tubuh ibu, riwayat persalinan, kemudahan bayi dalam pemberian asuhan dan kesulitan adaptasi post partum.

Tujuan senam nifas adalah membantu mempercepat pemulihan kondisi ibu, mempercepat proses involusi uteri, membantu



memulihkan an mengencangkan otot panggul, perut dan perineum, memperlancar pengeluaran lochea, membantu mengurangi rasa sakit, merelaksasikan otot-otot yang menunjang proses kehamilan dan persalinan serta mengurangi kelainan dan komplikasi masa nifas. Manfaat senam nifas adalah membantu memperbaiki sirkulasi darah, memperbaiki sikap tubuh dan punggung pasca persalinan, memperbaiki otot tonus, pelvis dan pergangan otot abdomen, memperbaiki dan memperkuat otot panggul, membantu ibu lebih relaks dan segar pasca melahirkan.

Senam nifas dilakukan pada saat ibu benar-benar pulih da tidak ada komplikasi atau penyulit masa nifas atau diantara waktu makan. Sebelum melakukan senam nifas, persiapan yang dapat dilakukan adalah mengenakan baju yang nyaman untuk berolahraga, minum banyak air putih, dapat dilakukan di tempat tidur, dapat diiringi musik dan perhatikan keadaan ibu (Nugroho, dkk, 2014).

#### 10) Respon orang tua terhadap Bayi Baru Lahir

##### a) *Bounding attachment*

##### (1) Pengertian

Menurut Klause dan Kennel (dalam Walyani dan Purwoastuti, 2015), *bounding attachment* adalah interaksi orang tua dan bayi secara nyata, baik fisik, emosi maupun sensori pada beberapa menit dan jam pertama segera setelah bayi lahir. Menurut Walyani dan Purwoastuti (2015), *bounding attachment* adalah sebuah peningkatan hubungan kasih sayang dengan keterikatan batin antara orang tua dan bayi.

##### (2) Tahap-tahap *bounding attachment*

Menurut Walyani dan Purwoastuti (2015), tahap-tahap *bounding attachment* adalah:

(a) Perkenalan, dengan melakukan kontak mata, menyentuh, berbicara dan mengeksplorasi segera setelah mengenal bayi.

(b) *Bounding* (keterikatan).

(c) *Attachment*, perasaan sayang yang mengikat individu dengan individu lain.

##### (3) Faktor-faktor yang mempengaruhi *bounding attachment*

Menurut Walyani dan Purwoastuti (2015), faktor-faktor yang mempengaruhi *bounding attachment* adalah:

- (a) Kesehatan emosional orang tua
  - (b) Tingkat kemampuan, komunikasi dan keterampilan untuk merawat anak
  - (c) Dukungan sosial seperti keluarga, teman dan pasangan
  - (d) Kedekatan orang tua dan anak
  - (e) Kesesuaian antara orang tua dan anak (keadaan anak, jenis kelamin)
- (4) Cara melakukan *bounding attachment*

Menurut Walyani dan Purwoastuti (2015), cara melakukan *bounding attachment* adalah:

- (a) Pemberian ASI eksklusif  
Dengan dilakukannya pemberian ASI secara eksklusif segera setelah lahir, secara langsung bayi akan mengalami kontak kulit dengan ibunya yang menjadikan ibu merasa bangga dan diperlukan, rasa yang dibutuhkan oleh semua manusia.
- (b) Rawat gabung  
Rawat gabung merupakan salah satu cara yang dapat dilakukan agar antara ibu dan bayi terjalin proses lekat akibat sentuhan badan antara ibu dan bayinya. Dengan memberikan ASI eksklusif, ibu merasakan kepuasan dapat memenuhi kebutuhan nutrisi bayinya dan tidak dapat digantikan oleh orang lain.
- (c) Kontak mata  
Beberapa ibu berkata begitu bayinya bisa memandang mereka, mereka merasa lebih dekat dengan bayinya. Orang tua dan bayi akan menggunakan lebih banyak waktu untuk saling memandang.
- (d) Suara  
Mendengar dan merespon suara antara orang tua dan bayinya sangat penting, orang tua menunggu tangisan pertama bayinya dengan tegang. Suara tersebut membuat mereka yakin bahwa bayinya dalam keadaan sehat.
- (e) Aroma/bau badan  
Setiap anak memiliki aroma yang unik dan bayi belajar dengan cepat untuk mengenali aroma susu ibunya. Indra penciuman pada bayi baru lahir sudah berkembang dengan baik dan masih

memainkan peran dalam nalurinya untuk mempertahankan hidup. Indra penciuman bayi akan sangat kuat jika seorang ibu dapat memberikan bayinya ASI pada waktu tertentu.

(f) Gaya bahasa (*entrainment*)

Bayi mengembangkan irama akibat kebiasaan. Bayi baru lahir bergerak-gerak sesuai dengan struktur pembicaraan orang dewasa. Gaya bahasa terjadi pada saat anak mulai bicara. Bayi baru lahir menemukan perubahan struktur pembicaraan dari orang dewasa.

(g) Bioritme

Salah satu tugas bayi baru lahir adalah membentuk ritme personal (bioritme). Orang tua dapat membantu proses ini dengan memberi kasih sayang yang konsisten dan dengan memanfaatkan waktu saat bayi mengembangkan perilaku yang responsif.

(h) Inisiasi Dini

Setelah bayi lahir, dengan segera bayi ditempatkan di atas ibu. Ia akan merangkak dan mencari puting susu ibunya. Dengan demikian, bayi dapat melakukan refleks *sucking* dengan segera.

(5) Prinsip dan upaya meningkatkan *bounding attachment*

Menurut Walyani dan Purwoastuti (2015), prinsip dan

upaya meningkatkan *bounding attachment* adalah:

(a) Dilakukan segera (menit pertama jam pertama)

(b) Sentuhan orang tua pertama kali

(c) Adanya ikatan yang baik dan sistematis berupa kedekatan orang tua ke anak

(d) Kesehatan emosional orang tua

(e) Terlibat pemberian dukungan dalam proses persalinan

(f) Persiapan PNC sebelumnya

(g) Adaptasi

(h) Tingkat kemampuan, komunikasi dan keterampilan untuk merawat anak

(i) Kontak sedini mungkin sehingga dapat membantu dalam memberi kehangatan pada bayi, menurunkan rasa sakit ibu serta memberi rasa nyaman

- (j) Fasilitas untuk kontak lebih lama
- (k) Penekanan pada hal-hal positif
- (l) Perawatan maternitas khusus (bidan)
- (m) Libatkan anggota keluarga lainnya/dukungan sosial dari keluarga, teman dan pasangan
- (n) Informasi bertahap mengenai *bounding attachment*
- (6) Manfaat *bounding attachment*  
Menurut Walyani dan Purwoastuti (2015), manfaat dari implementasi teori *bounding attachment* jika dilakukan secara baik adalah:
  - (a) Bayi merasa dicintai, diperhatikan, mempercayai, menumbuhkan sikap sosial
  - (b) Bayi merasa aman, berani mengadakan eksplorasi
  - (c) Akan sangat berpengaruh positif pada pola perilaku dan kondisi psikologis bayi kelak
- b) Respon ayah dan keluarga  
Menurut Walyani dan Purwoastuti (2015), respon ayah dan keluarga terhadap bayi baru lahir adalah:
  - (1) Respons Positif  
Respons positif dapat ditunjukkan dengan:
    - (a) Ayah dan keluarga menyambut kelahiran bayinya dengan bahagia
    - (b) Ayah bertambah giat bekerja untuk memenuhi kebutuhan bayi dengan baik
    - (c) Ayah dan keluarga melibatkan diri dalam perawatan bayi
    - (d) Perasaan sayang terhadap ibu yang telah melahirkan bayi
  - (2) Respons Negatif  
Respons negatif dapat ditunjukkan dengan:
    - (a) Kelahiran bayi tidak diinginkan keluarga karena jenis kelamin yang tidak sesuai keinginan.
    - (b) Kurang berbahagia karena kegagalan KB.
    - (c) Perhatian ibu pada bayi yang berlebihan yang menyebabkan ayah merasa kurang mendapat perhatian.
    - (d) Faktor ekonomi mempengaruhi perasaan kurang senang atau kekhawatiran dalam membina keluarga karena kecemasan dalam biaya hidupnya.
    - (e) Rasa malu bagi ibu dan keluarga karena anak lahir cacat.
    - (f) Anak yang dilahirkan merupakan hasil hubungan zinah, sehingga menimbulkan rasa malu dan aib bagi keluarga.
- c) *Sibling rivalry*

*Sibling rivalry* adalah kompetisi antara saudara kandung untuk mendapatkan cinta kasih, afeksi dan perhatian dari kedua orang tuanya atau untuk mendapatkan pengakuan atau suatu yang lebih. *Sibling rivalry* adalah kecemburuan, persaingan dan pertengkaran antara saudara laki-laki dan saudara perempuan. Hal ini biasa bagi anak-anak usia antara 5-11 tahun (Walyani dan Purwoastuti, 2015).

11) Proses laktasi dan menyusui

a) Anatomi dan fisiologi payudara

(1) Anatomi Payudara

Secara vertikal payudara terletak diantara kosta II dan IV, secara horisontal mulai dari pinggir sternum sampai linea aksilaris medialis. Kelenjar susu berada di jaringan sub kutan, tepatnya diantara jaringan sub kutan superficial dan profundus, yang menutupi muskulus pectoralis mayor.

Ukuran normal 10-12 cm dengan beratnya pada wanita hamil adalah 200 gram, pada wanita aterm 400-600 gram dan pada masa laktasi sekitar 600-800 gram. Payudara menjadi besar saat hamil dan menyusui dan biasanya mengecil setelah menopause.

Ada tiga bagian utama payudara yaitu korpus (badan), areola, papila atau puting. Areola mammae (kalang payudara) letaknya mengelilingi puting susu dan berwarna kegelapan yang disebabkan oleh penipisan dan penimbunan pigmen pada kulitnya. Puting susu terletak setinggi interkosta IV, tetapi terhubung adanya variasi bentuk dan ukuran payudara maka letaknya pun akan bervariasi pula.

Ada empat macam bentuk puting yaitu bentuk yang normal/umum, pendek/datar, panjang dan terbenam (*inverted*). Namun bentuk-bentuk puting ini tidak terlalu berpengaruh terhadap proses laktasi.

Struktur payudara terdiri dari tiga bagian, yaitu kulit, jaringan subkutan (jaringan bawah kulit) dan corpus mammae. Corpus mammae terdiri dari parenkim dan stroma (Walyani dan purwoastuti, 2015).

(2) Fisiologi Payudara

Selama kehamilan, hormon prolaktin dari plasenta meningkat tetapi ASI biasanya belum keluar karena masih dihambat oleh kadar estrogen yang tinggi. Pada hari kedua atau ketiga pasca persalinan, kadar estrogen dan progesteron turun drastis, sehingga pengaruh prolaktin lebih dominan dan pada saat inilah mulai terjadi sekresi ASI. Dengan menyusukan lebih dini terjadi perangsangan puting susu, terbentuklah prolaktin hipofisis, sehingga sekresi ASI semakin lancar. Dua reflek pada ibu yang sangat penting dalam proses laktasi yaitu reflek prolaktin dan reflek aliran, timbul akibat perangsangan puting susu oleh hisapan bayi (Walyani dan Purwoastuti, 2015).

b) Dukungan bidan dalam pemberian ASI

Menurut Walyani dan Purwoastuti (2015), dukungan bidan dalam pemberian laktasi adalah:

- (1) Biarkan bayi bersama ibunya segera sesudah dilahirkan selama beberapa jam pertama

Hal ini dilakukan untuk membina hubungan/ikatan di samping bagi pemberian ASI, membina rasa hangat dengan membaringkan dan menempelkan pada kulit ibunya dan menyelimutinya. Sebagai upaya untuk tetap mempertahankan prolaktin, isapan bayi akan memberikan rangsangan pada hipofisis untuk mengeluarkan hormon oksitosin. Hormon oksitosin bekerja merangsang otot polos untuk meremas ASI yang ada pada alveoli, lobus serta duktus yang berisi ASI yang dikeluarkan melalui puting susu. Apabila bayi tidak menghisap susu pada setengah jam setelah persalinan, hormon prolaktin akan turun dan sulit merangsang prolaktin sehingga ASI baru akan keluar pada hari ketiga atau lebih.

- (2) Ajarkan cara merawat payudara yang sehat pada ibu untuk mencegah masalah umum yang timbul

Perawatan yang dilakukan bertujuan untuk melancarkan sirkulasi darah dan mencegah tersumbatnya saluran susu sehingga memperlancar pengeluaran ASI. Pelaksanaan perawatan payudara hendaknya dimulai sedini mungkin, yaitu 1-2 hari setelah bayi dilahirkan dan dilakukan 2 kali sehari. Mengupayakan tangan dan

- puting susu tetap bersih, jangan mengoleskan krim, minyak, alkohol atau sabun pada puting susu.
- (3) Bantu ibu pada waktu pertama kali menyusui  
Segera susui bayi maksimal setengah jam pertama setelah persalinan. Posisi menyusui yang benar adalah:
- (a) Berbaring miring  
Ini merupakan posisi yang amat baik untuk pemberian ASI yang pertama kali atau bila ibu merasa lelah atau nyeri.
  - (b) Duduk  
Penting untuk memberikan topangan atau sandaran pada punggung ibu dalam posisinya tegak lurus (90 derajat) terhadap pangkuannya. Ini mungkin dapat dilakukan dengan duduk bersila di tempat tidur atau di lantai atau duduk di kursi.
- (4) Bayi harus ditempatkan dekat dengan ibunya di kamar yang sama (rawat gabung/*rooming in*)  
Tujuan rawat gabung adalah:
- (a) Agar ibu dapat menyusui bayinya sedini mungkin, kapan saja dan di mana saja dan dapat menunjukkan tanda-tanda bayi lapar.
  - (b) Ibu dapat melihat dan memahami cara perawatan bayi secara benar yang dilakukan oleh bidan, serta mempunyai bekal keterampilan merawat bayi setelah ibu pulang ke rumahnya.
  - (c) Dapat melibatkan suami/keluarga klien secara aktif untuk membantu ibu dalam menyusui dan merawat bayinya.
- (5) Memberikan ASI pada bayi sesering mungkin  
Menyusui bayi secara tidak dijadwal (*on demand*), karena bayi akan menentukan sendiri kebutuhannya. Ibu harus menyusui bayinya bila bayi menangis bukan karena sebab lain (kencing, dll) atau ibu sudah merasa perlu menyusui bayinya. Bayi yang sehat dapat mengosongkan satu payudara sekitar 5-7 menit dan ASI dalam lambung bayi akan kosong dalam waktu 2 jam.
- (6) Hanya berikan kolostrum dan ASI saja  
ASI dan kolostrum adalah makanan terbaik bagi bayi. Kolostrum merupakan cairan kental kekuning-kuningan yang dihasilkan oleh alveoli payudara ibu pada periode akhir atau trimester ketiga kehamilan. ASI mampu memberikan perlindungan baik secara aktif

maupun pasif, Asi juga mengandung zat anti-infeksi bayi akan terlindung dari berbagai macam infeksi, baik yang disebabkan oleh bakteri, virus, jamur aatau parasit. Pemberian Asi sangat dianjurkan, terlebih saat 4 bulan pertama, tetapi bila memungkinkan sampai 6 bulan yang dilanjutkan sampai usia 2 tahun dengan makanan padat.

(7) Hindari susu botol dan “dot empeng”

Secara psikologis, bayi yang disusui oleh ibunya sejak dini sudah terlatih bahwa untuk mendapatkan sesuatu harus ada usaha yang dilakukan, semakin kuat usaha yang dilaksanakan maka semakin banyak yang diperoleh. Berbeda dengan bayi yang menggunakan susu botol dan kempengan, dari awal sudah membiasakan bayi dengan menyuapi.

c) Manfaat pemberian ASI

Menurut Walyani dan Purwoastuti (2015), manfaat pemberian ASI adalah sebagai berikut:

(1) Bagi Bayi

ASI dapat membantu bayi memulai kehidupannya dengan baik, mengandung antibodi, ASI mengandung komposisi yang tepat, mengurangi kejadian karies dentis, memberi rasa nyaman dan aman pada bayi dan adanya ikatan antara ibu dan bayi, terhindar dari alergi, ASI meningkatkan kecerdasan bayi, membantu perkembangan rahang dan merangsang pertumbuhan gigi karena gerakan menghisap mulut bayi pada payudara.

(2) Bagi Ibu

(a) Aspek Kontrasepsi

Menyusui menyebabkan prolaktin keluar dan masuk ke indung telur, menekan produksi estrogen akibatnya tidak ada ovulasi. Menjarangkan kehamilan, pemberian ASI memberikan 98% metode kontrasepsi yang efisien selama 6 bulan pertama sesudah kelahiran bila diberikan hanya ASI saja dan belum terjadi menstruasi kembali.

(b) Aspek Kesehatan Ibu

Ibu yang menyusui anaknya secara eksklusif dapat mencegah kanker.



- (c) Aspek Penurunan Berat Badan  
Ibu yang menyusui eksklusif ternyata lebih mudah dan lebih cepat kembali ke berat badan semula seperti sebelum hamil.
  - (d) Aspek Psikologis  
Ibu akan merasa bangga dan diperlukan, rasa yang dibutuhkan oleh semua manusia.
- (3) Bagi Keluarga  
ASI tidak perlu dibeli, terjadi penghematan dalam keluarga untuk membeli susu formula, kebahagiaan keluarga bertambah, menyusui sangat praktis karena dapat diberikan di mana saja dan kapan saja.
- (4) Bagi Negara  
Menurunkan angka kesakitan dan kematian bayi, menghemat devisa negara, mengurangi subsidi untuk rumah sakit dan peningkatan kualitas generasi penerus
- d) Tanda bayi cukup ASI  
Menurut Walyani dan Purwoastuti (2015), tanda bayi cukup ASI adalah:
- (1) Dengan pemeriksaan kebutuhan ASI dengan cara menimbang BB bayi sebelum mendapatkan ASI dan sesudah minum ASI dengan pakaian yang sama dan selisih berat penimbangan dapat diketahui banyaknya ASI yang masuk dengan konverasi kasar 1 gr BB-1 ml ASI.
  - (2) Secara subyektif dapat dilihat dari pengamatan dan perasaan ibu yaitu bayi merasa puas, tidur pulas setelah mendapat ASI dan ibu merasakan ada perubahan tegangan pada payudara pada saat menyusui bayinya ibu merasa ASI mengalir deras.
  - (3) Sesudah menyusui tidak memberikan reaksi apabila dirangsang (disentuh pipinya, bayi tidak mencari arah sentuhan).
  - (4) Bayi tumbuh dengan baik.
  - (5) Pada bayi 1 minggu: karena ASI banyak mengandung air, maka salah satu tanda adalah bayi tidak dehidrasi, antara lain
    - (a) Kulit lembab kenyal
    - (b) Turgor kulit negatif
    - (c) Jumlah urine sesuai jumlah ASI/PASI yang diberikan/24 jam
    - (d) Selambat-lambatnya sesudah 2 minggu BB waktu lahir tercapai lagi.

- (e) Penurunan BB faali selama 2 minggu sesudah lahir tidak melebihi 10% BB waktu lahir.
  - (f) Usia 5-6 bulan BB mencapai 2x BB waktu lahir. 1 tahun 3x waktu lahir dan 2 tahun 4x waktu lahir. Naik 2 kg/tahun atau sesuai dengan kurve KMS.
  - (g) BB usia 3 bulan +20% BB lahir = usia 1 tahun + 50% BB lahir.
- e) ASI eksklusif
- ASI eksklusif adalah bayi hanya diberi ASI saja, sejak usia 30 menit post natal (setelah lahir) sampai usia 6 bulan, tanpa tambahan cairan lain seperti susu formula, sari buah, air putih, madu, air teh dan tanpa tambahan makanan padat seperti buah-buahan, biskuit, bubur susu, bubur nasi dan nasi tim (Walyani dan Purwoastuti, 2015).
- Manfaat ASI eksklusif bagi bayi adalah ASI sebagai nutrisi, ASI sebagai kekebalan, ASI meningkatkan kecerdasan bayi dan ASI meningkatkan jalinan kasih sayang. Sedangkan manfaatnya bagi ibu adalah mengurangi perdarahan dan anemia setelah melahirkan serta mempercepat pemulihan rahim ke bentuk semula, menjarangkan kehamilan, lebih cepat langsing kembali, mengurangi kemungkinan menderita kanker, lebih ekonomis dan murah, tidak merepotkan dan hemat waktu serta portabel dan fleksibel (Walyani dan Purwoastuti, 2015).
- WHO dan UNICEF merekomendasikan kepada para ibu, bila memungkinkan memberikan ASI eksklusif sampai 6 bulan dengan menerapkan:
- (1) Inisiasi menyusui dini selama 1 jam setelah kelahiran bayi.
  - (2) ASI eksklusif diberikan pada bayi hanya ASI saja tanpa makanan tambahan atau minuman.
  - (3) ASI diberikan secara on demand atau sesuai kebutuhan bayi, setiap hari setiap malam.
  - (4) ASI diberikan tidak menggunakan botol, cangkir maupun dot (Yanti dan Sundawati, 2011).
- f) Cara merawat payudara
- Menurut Walyani dan Purwoastuti (2015), teknik perawatan payudara adalah:

- (1) Tempelkan kapas yang sudah diberi minyak kelapa atau baby oil selama  $\pm$  5 menit, kemudian puting susu dibeersihkan.
  - (2) Tempelkan kedua telapak tangan di antara kedua payudara.
  - (3) Pengurutan dimulai ke arah atas, ke samping, lalu ke arah bawah.  
 Dalam pengurutan posisi tangan kiri kearah sisi kiri, telapak tangan kanan kearah sisi kanan.
  - (4) Pengurutan diteruskan ke bawah, ke samping selanjutnya melintang, lalu telapak tangan mengurut ke depan kemudian kedua tangan dilepaskan dari payudara, ulangi gerakan 20-30 kali.
  - (5) Tangan kiri menopang payudara kiri, lalu tiga jari tangan kanan membuat gerakan memutar sambil menekan mulai dari pangkal payudara sampai pada puting susu. Lakukan tahap yang sama pada payudara kanan, lakukan dua kali gerakan pada tiap payudara.
  - (6) Satu tangan menopang payudara, sedangkan tangan yang lain mengurut payudara dengan sisi kelingking dari arah tepi kearah puting susu. Lakukan tahap yang sama pada kedua payudara.  
 Lakukan gerakan ini sekitar 30 kali.
  - (7) Selesai pengurutan, payudara disiram dengan air hangat dan dingin bergantian selama  $\pm$  5 menit, keringkan payudara dengan handuk bersih kemudian gunakan BH yang bersih dan menopang.
- g) Cara menyusui yang baik dan benar  
 Teknik menyusui adalah suatu cara pemberian ASI yang dilakukan oleh seorang ibu kepada bayinya, demi mencukupi kebutuhan nutrisi bayi tersebut. Posisi yang tepat bagi ibu untuk menyusui. Duduklah dengan posisi yang enak atau santai, pakailah kursi yang ada sandaran punggung dan lengan. Gunakan bantal untuk mengganjal bayi agar bayi tidak terlalu jauh dari payudara ibu.
- (1) Cara memasukkan puting susu ibu ke mulut bayi  
 Bila dimulai dengan payudara kanan, letakkan kepala bayi pada siku bagian dalam lengan kanan, badan bayi menghadap ke badan ibu. Lengan kiri bayi diletakkan di seputar pinggang ibu, tangan kanan ibu memegang pantat/paha kanan bayi, sangga payudara kanan ibu dengan empat jari tangan kiri, ibu jari di atasnya tetapi tidak menutupi bagian yang berwarna hitam (areola mammae),

sentuhlah mulut bayi dengan puting payudara ibu. Tunggu sampai bayi membuka mulutnya lebar. Masukkan puting payudara secepatnya ke dalam mulut bayi sampai bagian yang berwarna hitam (Walyani dan Purwoastuti, 2015).

- (2) Teknik melepaskan hisapan bayi  
Setelah selesai menyusui kurang lebih 10 menit, lepaskan hisapan bayi dengan cara:

- (a) Masukkan jari kelingking ibu yang bersih ke sudut mulut bayi.
- (b) Menekan dagu bayi ke bawah.
- (c) Dengan menutup lubang hidung bayi agar mulutnya membuka.
- (d) Jangan menarik puting susu untuk melepaskan (Walyani dan Purwoastuti, 2015).

- (3) Cara menyendawakan bayi setelah minum ASI

Setelah bayi melepaskan hisapannya, sendawanya bayi sebelum menyusukan dengan payudara yang lainnya dengan cara: sandarkan bayi di pundak ibu, tepuk punggungnya dengan pelan sampai bayi bersendawa; dan bayi ditelungkupkan di pangkuan ibu sambil digosok punggungnya (Walyani dan Purwoastuti, 2015).

h) Masalah dalam pemberian ASI

- (1) Puting susu nyeri

Umumnya ibu akan merasa nyeri pada waktu awal menyusui. Perasaan sakit ini akan berkurang setelah ASI keluar. Bila posisi mulut bayi dan puting susu ibu benar, perasaan nyeri akan hilang.

Cara menanganinya adalah:

- (a) Pastikan posisi ibu menyusui sudah benar.
- (b) Mulailah menyusui pada puting susu yang tidak sakit guna membantu mengurangi sakit pada puting susu yang sakit.
- (c) Segera setelah minum, keluarkan sedikit ASI, oleskan di puting susu dan biarkan payudara terbuka untuk beberapa waktu sampai puting susu kering.

(Walyani dan Purwoastuti, 2015)

- (2) Puting susu lecet

Puting susu terasa nyeri bila tidak ditangani dengan benar akan menjadi lecet. Umumnya menyusui akan menyakitkan kadang-kadang mengeluarkan darah. Puting susu lecet dapat disebabkan oleh

posisi menyusui yang salah tapi dapat pula disebabkan oleh *thrush* (*candidates*) atau dermatitis.

Cara menangani adalah:

- (a) Cari penyebab puting lecet (posisi menyusui salah, *candidates* atau dermatitis).
  - (b) Obati penyebab puting susu lecet terutama perhatikan posisi menyusui.
  - (c) Kerjakan semua cara menangani susu nyeri di atas.
  - (d) Ibu dapat terus memberikan ASInya pada keadaan luka tidak begitu sakit.
  - (e) Olesi puting susu dengan ASI akhir (*hind milk*), jangan sekali-kali memberikan obat lain, seperti krim, salep.
  - (f) Puting susu yang sakit dapat diistirahatkan untuk sementara waktu kurang lebih 1x24 jam dan biasanya akan sembuh sendiri dalam waktu sekitar 2x24 jam.
  - (g) Selama puting susu diistirahatkan, sebaiknya ASI tetap dikeluarkan dengan tangan dan tidak dianjurkan dengan alat pompa karena nyeri.
  - (h) Cuci payudara sehari sekali saja dan tidak dibenarkan untuk menggunakan dengan sabun.
  - (i) Bila sangat menyakitkan, berhenti menyusui pada payudara yang sakit untuk sementara untuk memberi kesempatan lukanya menyembuh.
  - (j) Keluarkan ASI dari payudara yang sakit dengan tangan (jangan dengan pompa ASI) untuk tetap mempertahankan kelancaran pembentukan ASI.
  - (k) Berikan ASI perah dengan sendok atau gelas jangan menggunakan dot.
  - (l) Setelah terasa membaik, mulai menyusui kembali mula-mula dengan waktu yang lebih singkat.
  - (m) Bila lecet tidak sembuh dalam 1 minggu, rujuk ke puskesmas (Walyani dan Purwoastuti, 2015).
- (3) Payudara bengkak
- Pada hari-hari pertama (sekitar 2-4 jam), payudara sering terasa penuh dan nyeri disebabkan bertambahnya aliran darah ke payudara bersamaan dengan ASI mulai diproduksi dalam jumlah banyak.

Penyebab bengkak adalah posisi mulut bayi dan puting susu ibu salah, produksi ASI berlebihan, terlambat menyusui, pengeluaran ASI yang jarang dan waktu menyusui yang terbatas.

*Tabel 2.5*

Perbedaan Payudara Penuh dan Payudara Bengkak

Payudara Penuh	Payudara Bengkak
Rasa berat pada payudara, panas dan keras. Bila diperiksa ASI keluar dan tidak demam	Payudara oedema, sakit, puting susu kencang, kulit mengkilat walau tidak merah dan bila diperiksa/diisap ASI tidak keluar. Badan bisa demam setelah 24 jam. Untuk mencegah maka diperlukan: menyusui dini, perlekatan yang baik, menyusui “on demand”. Bayi harus lebih sering disusui. Apabila terlalu tegang atau bayi tidak dapat menyusu sebaiknya ASI dikeluarkan terlebih dahulu agar ketegangan menurun.

*Sumber:* Walyani dan Purwoastuti, 2015

Cara mengatasi payudara bengkak adalah:

- (a) Susui bayinya semau dia sesering mungkin tanpa jadwal dan tanpa batas waktu.
  - (b) Bila bayi sukar menghisap, keluarkan ASI dengan bantuan tangan atau pompa ASI yang efektif.
  - (c) Sebelum menyusui untuk merangsang refleks oksitosin dapat dilakukan: kompres hangat untuk mengurangi rasa sakit, massage payudara, massage leher dan punggung.
  - (d) Setelah menyusui, kompres air dingin untuk mengurangi oedema (Walyani dan Purwoastuti, 2015).
- (4) Mastitis atau abses payudara  
Mastitis adalah peradangan pada payudara. Payudara menjadi merah, bengkak kadangkala diikuti rasa nyeri dan panas, suhu tubuh meningkat. Di dalam terasa ada masa padat (*lump*) dan diluarnya kulit menjadi merah. Kejadian ini terjadi pada masa nifas 1-3 minggu setelah persalinan diakibatkan oleh sumbatan saluran susu yang berlanjut. Keadaan ini disebabkan kurangnya ASI diisap/dikeluarkan atau penghisapan yang tidak efektif. Dapat juga karena kebiasaan menekan payudara dengan jari atau karena tekanan baju/BH (Walyani dan Purwoastuti, 2015).

Tindakan yang dapat dilakukan adalah:

- (a) Kompres hangat/panas dan pemijatan.
- (b) Rangsangan oksitosin, dimulai pada payudara yang tidak sakit yaitu stimulasi puting susu, pijat leher, punggung dan lain-lain.
- (c) Pemberian antibiotik: *flucloxacilin* atau *erythromycin* selama 7-10 hari.
- (d) Bila perlu bisa diberikan istirahat total dan obat untuk penghilang rasa nyeri.
- (e) Kalau terjadi abses sebaiknya tidak disusukan karena kemungkinan perlu tindakan bedah.

#### **E. Keluarga Berencana (KB)**

Pengertian Keluarga Berencana menurut UU No. 10 tahun 1992 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga Sejahtera adalah upaya peningkatan kepedulian dan peran serta masyarakat melalui pendewasaan usia perkawinan (PUP), pengaturan kelahiran, pembinaan ketahanan keluarga, peningkatan kesejahteraan keluarga kecil, bahagia dan sejahtera (Arum dan Sujiyati, 2011).

Seorang perempuan telah dapat melahirkan segera setelah ia mendapat haid yang pertama (menarche), kesuburan seorang perempuan akan berlangsung terus sampai mati haid (menopause). Kehamilan dan kelahiran yang terbaik, artinya resiko paling rendah untuk ibu dan anak adalah antara 20-35 tahun. Persalinan yang pertama dan kedua paling rendah resikonya, dan jarak antara dua kelahiran sebaiknya 2-4 tahun (BKKBN, 2010).

Dari faktor-faktor tersebut diatas maka dapat dibuat perencanaan keluarga sebagai berikut yakni:

- a. Fase menunda kehamilan  
Diperuntukkan bagi pasangan yang umur istrinya 20 tahun kebawah. Pilihan kontrasepsi yang rasional pada umur ini yang pertama adalah metode pil, yang kedua IUD, setelah itu metode sederhana, kemudian implant dan yang terakhir adalah suntikan.
- b. Fase menjarangkan kehamilan  
Diperuntukkan bagi pasangan yang umur istrinya 20-35 tahun. Pilihan kontrasepsi rasionalnya ada dua yaitu yang pertama adalah untuk menjarangkan kehamilan 2-4 tahun maka kontrasepsi rasionalnya adalah IUD, suntikan, minipil, pil, implant dan metode sederhana. Yang

kedua adalah untuk menjarangkan kehamilan 4 tahun keatas maka kontrasepsi rasionalnya adalah IUD, suntikan, minipil, pil, implant, KB sederhana, dan terakhir adalah steril.

- c. Fase tidak hamil lagi  
Diperuntukan bagi pasangan yang umur istrinya 35 tahun keatas. Pilihan kontrasepsi rasional pada fase ini adalah yang pertama steril, kedua IUD kemudian implant, disusul oleh suntikan, metode KB sederhana dan yang terakhir adalah pil.

- a. Pil

- 1) Pil Oral Kombinasi

- a) Pengertian

- Pil kontrasepsi kombinasi adalah pil yang mengandung hormon estrogen dan progesteron dengan dosis tertentu (IBI Pusat, 2015).

- b) Cara kerja

- Cara kerja pil kombinasi adalah menekan ovulasi, mencegah implantasi, lendir serviks mengental sehingga sulit dilalui oleh sperma, pergerakan tuba terganggu sehingga transportasi telur dengan sendirinya akan terganggu pula (BKKBN, 2011).

- c) Keuntungan

- Keuntungan atau manfaat pil kombinasi adalah memiliki efektivitas yang tinggi (hampir menyerupai efektivitas tubektomi), bila digunakan setiap hari (1 kehamilan per 1000) perempuan dalam tahun pertama penggunaan); risiko terhadap kesehatan sangat kecil, tidak mengganggu hubungan seksual, siklus haid menjadi teratur, banyaknya darah haid berkurang (mencegah anemia, tidak terjadi nyeri haid); dapat digunakan jangka panjang selama perempuan masih ingin menggunakannya untuk mencegah kehamilan; dapat digunakan sejak usia remaja hingga menopause; mudah dihentikan setiap saat; kesuburan segera kembali setelah penggunaan pil dihentikan; dapat digunakan sebagai kontrasepsi darurat; dan membantu mencegah kehamilan ektopik, kanker ovarium, kista ovarium, penyakit



radang panggul, kelainan jinak pada payudara, dismenore, dan lain-lain (BKKBN, 2010).

d) Kerugian

Kerugian atau keterbatasan pil kombinasi adalah mahal dan membosankan karena harus menggunakannya setiap hari; mual, terutama pada 3 bulan pertama; perdarahan bercak atau perdarahan sela, terutama selama 3 bulan pertama; pusing; nyeri payudara; berat badan naik sedikit, tetapi pada perempuan tertentu kenaikan berat badan justru memiliki dampak positif; berhenti haid (amenorea), jarang pada pil kombinasi; tidak boleh diberikan pada perempuan menyusui (mengurangi ASI); pada sebagian kecil perempuan dapat menimbulkan depresi dan perubahan suasana hati sehingga keinginan untuk melakukan hubungan seks berkurang; dapat meningkatkan tekanan darah dan retensi cairan sehingga risiko stroke dan gangguan pembekuan darah pada vena dalam sedikit meningkat, pada perempuan usia >35 tahun dan merokok perlu hati-hati; dan tidak mencegah IMS (Infeksi Menular Seksual), HBV, HIV/AIDS (BKKBN, 2010).

e) Efek samping dan penanganannya

(1) Amenorrhoe (tidak ada perdarahan atau spotting)

Periksa dalam atau tes kehamilan, bila tidak hamil dan klien minum pil dengan benar, tenangkan klien. Berilah konseling bahwa tidak datang haid kemungkinan besar karena kurang adekuatnya efek estrogen terhadap endometrium. Tidak perlu pengobatan khusus, coba berikan pil dengan dosis estrogen 50 µg atau dosis estrogen tetap, tetapi dosis progesteron dikurangi. Bila klien hamil, hentikan pil dan yakinkan klien bahwa pil yang diminumnya tidak mempunyai efek pada janin.

(2) Mual, pusing atau muntah (akibat reaksi anafilaktik).

Tes kehamilan atau pemeriksaan ginekologik. Bila tidak hamil, sarankan minum pil saat makan malam atau sebelum tidur.

(3) Perdarahan pervaginam/spooting

Tes kehamilan atau pemeriksaan ginekologik. Sarankan minum pil pada waktu yang sama. Jelaskan bahwa perdarahan/spotting hal yang biasa terjadi pada 3 bulan pertama dan lambat laun akan berhenti. Ganti pil dengan dosis estrogen lebih tinggi (50 µg) sampai perdarahan teratasi, lalu kembali ke dosis awal. Bila perdarahan timbul lagi, lanjutkan lagi dengan dosis 50 µg atau ganti dengan metode kontrasepsi yang lain (IBI Pusat, 2015).

2) Pil Progestin

a) Pengertian

Pil progestin atau minipil adalah pil yang mengandung progestin dalam dosis yang sangat rendah (IBI Pusat, 2015).

b) Cara kerja

Cara kerja atau mekanisme kontrasepsi pil progestin terjadi melalui penebalan lendir serviks sehingga menghambat penetrasi sperma melalui kanalis servikalis, menghambat lonjakan tengah siklus hormon luteal (LH) dan follikel stimulating hormon (FSH), inhibisi perjalanan ovum di saluran tuba, mengganggu pematangan endometrium dan supresi ovulasi (hanya terjadi pada 50% dari keseluruhan pengguna). Penurunan FSH menyebabkan folikel tidak berkembang dan produksi estradiol terhambat (IBI Pusat, 2015).

c) Keuntungan

Keuntungan kontrasepsi pil progestin adalah sangat efektif bila digunakan secara benar, tidak mengganggu hubungan seksual, tidak mempengaruhi ASI, kesuburan cepat kembali, nyaman dan mudah digunakan, sedikit efek samping, dapat dihentikan setiap saat dan tidak mengandung estrogen.

Keuntungan non kontrasepsi pil progestin adalah mengurangi nyeri haid, mengurangi jumlah darah haid, menurunkan tingkat

anemia, mencegah kanker endometrium, melindungi dari penyakit radang panggul, tidak meningkatkan pembekuan darah, dapat diberikan pada penderita endometriosis, kurang menyebabkan peningkatan tekanan darah, nyeri kepala dan depresi, dapat mengurangi keluhan premenstrual sindrom (sakit kepala, perut kembung, nyeri payudara, nyeri pada betis, lekas marah), sedikit sekali mengganggu metabolisme karbohidrat sehingga relatif aman diberikan pada perempuan pengidap kencing manis yang belum mengalami komplikasi (Arum dan Sujiyatini, 2011).

d) Kerugian

Kerugian atau keterbatasan pil progestin adalah hampir 30-60% mengalami gangguan haid (perdarahan sela, spotting, amenorea); peningkatan/penurunan berat badan; harus digunakan setiap hari dan pada waktu yang sama, bila lupa satu pil saja, kegagalan menjadi lebih besar; payudara menjadi tegang, mual, pusing, dermatitis atau jerawat; risiko kehamilan ektopik cukup tinggi (4 dari 100 kehamilan), tetapi risiko ini lebih rendah jika dibandingkan dengan perempuan yang tidak menggunakan minipil; efektivitasnya menjadi rendah bila digunakan bersamaan dengan obat tuberkulosis atau obat epilepsi; tidak melindungi diri dari infeksi menular seksual (HIV, AIDS); serta hirsutisme (tumbuh rambut/bulu berlebihan di daerah muka), tetapi sangat jarang terjadi (Arum dan Sujiyatini, 2011).

e) Efek samping dan penanganannya

(1) Gangguan frekuensi dan lamanya haid

Perdarahan atau haid yang tidak teratur (ireguler) seringkali terjadi pada pengguna pil progestin. Lakukan pemeriksaan tambahan untuk mencari penyebab perdarahan yang belum jelas sebabnya, karena gejala seperti itu dapat saja disebabkan oleh infeksi, neoplasma, keganasan, obat-obatan atau kondisi abnormal lainnya. Bila terjadi amenore yang lama, sebaiknya dilakukan pemeriksaan untuk

menyingkirkan kemungkinan adanya kehamilan. Gangguan haid dapat terjadi pada klien yang diare atau muntah setelah minum KOP atau menggunakan antikolvulsan/rifampisin.

(2) Sefalgia

Penanganan sefalgia menjadi lebih rumit apabila klien menganggap bahwa hal tersebut disebabkan oleh pil progestin, karena sefalgia yang terkait dengan progestin hanya terjadi pada kasus-kasus tertentu saja. Penggunaan pil progestin tidak dianjurkan untuk klien yang mempunyai riwayat migren atau sefalgia berat. Demikian pula halnya apabila penggunaan pil progestin memperberat migren yang telah ada sebelumnya (IBI Pusat, 2015).

A. Standar Asuhan Kebidanan

Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.983/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan adalah sebagai berikut:

1. STANDAR I : Pengkajian

a. Pernyataan standar

Bidan mengumpulkan semua informasi yang akurat, relevan dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien.

b. Kriteria pengkajian

1) Data tepat, akurat dan lengkap

2) Terdiri dari data subyektif (hasil anamnesa: biodata, keluhan utama, riwayat obstetri, riwayat kesehatan dan latar belakang sosial budaya)

3) Data obyektif (hasil pemeriksaan fisik, psikologis dan pemeriksaan penunjang)

2. STANDAR II : Perumusan Diagnosa dan atau Masalah Kebidanan

a. Pernyataan standar

Bidan menganalisis data yang diperoleh pada pengkajian, menginterpretasikan secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnosa dan masalah kebidanan yang tepat

b. Kriteria perumusan diagnosa dan atau masalah kebidanan

1) Diagnosa sesuai dengan nomenklatur kebidanan

- 2) Masalah dirumuskan sesuai dengan kondisi klien
- 3) Dapat diselesaikan dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan
3. STANDAR III : Perencanaan
  - a. Pernyataan standar  
Bidan merencanakan asuhan kebidanan berdasarkan diagnosa dan masalah yang ditegakkan
  - b. Kriteria perencanaan
    - 1) Rencana tindakan disusun berdasarkan prioritas masalah dan kondisi klien, tindakan segera, tindakan antisipasi dan asuhan secara komprehensif
    - 2) Melibatkan klien/pasien dan atau keluarga
    - 3) Mempertimbangkan kondisi psikologi, sosial budaya klien/keluarga
    - 4) Memilih tindakan yang aman sesuai kondisi dan kebutuhan klien berdasarkan *evidence based* dan memastikan bahwa asuhan yang diberikan bermanfaat untuk klien
    - 5) Mempertimbangkan kebijakan dan peraturan yang berlaku, sumber daya serta fasilitas yang ada
4. STANDAR IV : Implementasi
  - a. Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan *evidence based* kepada klien/pasien, dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.
  - b. Kriteria implementasi
    - 1) Memperhatikan keunikan manusia sebagai makhluk bio-psikososial-spiritual-kultural
    - 2) Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dari klien dan atau keluarganya (*inform consent*)
    - 3) Melaksanakan tindakan asuhan berdasarkan *evidence based*
    - 4) Melibatkan klien/pasien dalam setiap tindakan
    - 5) Menjaga privacy klien/pasien
    - 6) Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi
    - 7) Mengikuti perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan
    - 8) Menggunakan sumber daya, sarana dan fasilitas yang ada dan sesuai
    - 9) Melakukan tindakan sesuai standar
    - 10) Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan
5. STANDAR V : Evaluasi
  - a. Pernyataan standar

Bidan melakukan evaluasi sistematis dan berkesinambungan untuk melihat efektivitas dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien

b. Kriteria evaluasi

- 1) Penilaian dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien
- 2) Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan pada klien dan keluarga
- 3) Evaluasi dilakukan sesuai dengan standar
- 4) Hasil evaluasi ditindaklanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien.

6. STANDAR VI : Pencatatan asuhan kebidanan

a. Pernyataan standar

Melakukan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat dan jelas mengenai keadaan/kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan

b. Pencatatan dilakukan setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang

tersedia (rekam medis/KMS/status pasien/buku KIA)

- 1) Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP
- 2) S adalah data subyektif, mencatat hasil anamnesa
- 3) O adalah data obyektif, mencatat hasil pemeriksaan
- 4) A adalah hasil analisis mencatat diagnosa dan masalah kebidanan
- 5) P adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif; penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/*follow up* dan rujukan.

B. Kewenangan Bidan

Pelayanan kebidanan menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 1464/MENKES/PER/X/2010 BAB III tentang Penyelenggaraan praktik bidan terutama pasal 9 dan 10, yaitu:

**Pasal 9**

Bidan dalam menjalankan praktik, berwenang untuk memberikan pelayanan yang meliputi:

1. Pelayanan kesehatan ibu
2. Pelayanan kesehatan anak
3. Pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana

**Pasal 10**

1. Pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 huruf adiberikan pada masa pra hamil, kehamilan, masa persalinan, masa nifas, masa menyusui dan masa antara dua kehamilan
  2. Pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud pada ayat 1 meliputi:
    - a. Pelayanan konseling pada masa pra hamil;
    - b. Pelayanan antenatal pada kehamilan normal;
    - c. Pelayanan persalinan normal;
    - d. Pelayanan ibu nifas normal;
    - e. Pelayanan ibu menyusui; dan
    - f. Pelayanan konseling pada masa antara dua kehamilan.
  3. Bidan dalam memberikan pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat 2 berwenang untuk:
    - a. Episiotomi
    - b. Penjahitan luka jalan lahir tingkat I dan II
    - c. Penanganan kegawat-daruratan, dilanjutkan dengan perujukan
    - d. Pemberian tablet Fe pada ibu hamil
    - e. Pemberian vitamin A dosis tinggi pada ibu nifas
    - f. Fasilitasi/bimbingan inisiasi menyusui dini dan promosi air susu ibu eksklusif
    - g. Pemberian uterotonika pada manajemen aktif kala tiga dan postpartum
    - h. Penyuluhan dan konseling
    - i. Bimbingan pada kelompok ibu hamil
    - j. Pemberian surat keterangan kematian
    - k. Pemberian surat keterangan cuti bersalin
- D. Asuhan Kebidanan
1. Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan
    - a. Pengumpulan Data Subyektif dan Obyektif
      - 1) Data Subyektif
        - a) Identitas / Biodata
          - (1) Nama  
Nama pasien dan suaminya ditanyakan untuk mengenal dan memanggil, untuk mencegah kekeliruan dengan pasien lain (Marmi, 2015).
          - (2) Umur  
Umur perlu diketahui guna mengetahui apakah klien dalam kehamilan yang beresiko atau tidak. Usia di bawah 16 tahun dan di atas 35 tahun merupakan umur-umur yang beresiko tinggi untuk hamil. Umur yang baik untuk kehamilan maupun persalinan adalah 19-25 tahun (Walyani, 2015).
          - (3) Agama

Hal ini berhubungan dengan perawatan pasien yang berkaitan dengan ketentuan agama. Agama juga ditanyakan untuk mengetahui kemungkinan pengaruhnya terhadap kebiasaan kesehatan pasien. Dengan diketahuinya agama pasien, akan memudahkan bidan melakukan pendekatan di dalam melaksanakan asuhan kebidanan (Marmi, 2012).

**(4) Pendidikan Terakhir**

Ditanyakan untuk mengetahui tingkat intelektualnya. Tingkat pendidikan mempengaruhi sikap perilaku seseorang. Untuk mengetahui tingkat pengetahuan ibu atau taraf kemampuan berpikir ibu, sehingga bidan bisa menyampaikan atau memberikan penyuluhan atau KIE pada pasien dengan lebih mudah (Marmi, 2012).

**(5) Pekerjaan**

Untuk mengetahui taraf hidup dan sosial ekonomi pasien agar nasehat yang diberikan sesuai. Serta untuk mengetahui pekerjaan ibu akan mengganggu kehamilan atau tidak (Marmi, 2012).

**(6) Alamat**

Alamat yang ditanyakan untuk mengetahui dimana ibu menetap, mencegah kekliruan, bila ada nama yang sama, memudahkan menghubungi keluarga dan dijadikan petunjuk pada waktu kunjungan rumah (Marmi, 2012).

**b) Keluhan Utama**

Keluhan utama atau alasan utama wanita datang ke rumah sakit atau bidan ditentukan dalam wawancara (Marmi, 2012).

**c) Riwayat Keluhan Utama**

Untuk mengetahui sejak kapan pasien atau klien merasakan keluhan tersebut

**d) Riwayat Menstruasi**

**(1) Menarche**

Terjadinya haid pertama kali, biasanya terjadi pada usia 12-16 tahun (Marmi, 2012). Hal ini dipengaruhi oleh keturunan, keadaan gizi, bangsa, lingkungan, iklim dan keadaan umum.

**(2) Siklus**



Siklus haid yang klasik adalah 28 hari  $\pm$  2 hari (Marmi, 2012).

(3) Lama

Pola haid dan lamanya perdarahan tergantung pada tipe wanita dan biasanya 3-8 hari (Marmi, 2012). Apabila sudah mencapai 15 hari berarti sudah abnormal dan kemungkinan adanya gangguan ataupun penyakit yang mempengaruhinya (Walyani, 2015).

(4) Banyaknya

Normalnya yaitu 2 kali ganti pembalut dalam sehari. Apabila darahnya terlalu berlebih itu berarti telah menunjukkan gejala kelainan banyaknya darah haid (Walyani, 2015).

(5) Dismenorrhea

Nyeri haid perlu ditanyakan untuk mengetahui apakah klien menderita atau tidak di tiap haidnya. Nyeri haid juga menjadi tanda bahwa kontraksi uterus klien begitu hebat sehingga menimbulkan nyeri haid (Walyani, 2015).

e) Riwayat Perkawinan

Tanyakan status klien, apakah ia sekarang sudah menikah ataukah belum menikah, pada usia berapa ia menikah, sudah berapa lama ia menikah, sudah berapa lama menikah dengan suami sekarang, istri seberapa dengan suami sekarang (Walyani, 2015).

f) Riwayat Kehamilan, Persalinan dan Nifas yang lalu

(1) Riwayat Kehamilan yang lalu

Untuk mengetahui persalinan yang lalu, ditolong oleh siapa, adakah penyulita atau tidak, jenis persalinannya apa, semua itu untuk memperkirakan ibu dapat melahirkan spontan atau tidak (Marmi, 2012).

(a) Tanggal, bulan dan tahun persalinan

(b) Usia kehamilan

Usia kehamilan saat bayi yang terdahulu lahir harus diketahui karena kelahiran preterm cenderung terjadi lagi dan karena beberapa wanita mengalami

kesulitan mengembangkan ikatan dengan bayi yang dirawat dalam waktu yang lama.

(c) Jenis persalinan

Untuk mengetahui jenis persalinan terdahulu, apakah pervaginam, caesar, forcep atau vakum.

(d) Tempat persalinan

(e) Penolong persalinan

(f) Keadaan bayi

(g) Lama persalinan

Untuk mengetahui lama persalinan yang terdahulu.

Lama persalinan merupakan faktor yang penting untuk diketahui karena persalinan yang lama dapat mencerminkan suatu masalah dapat berulang jika persalinan yang lama merupakan pola yang berulang.

Demikian halnya dengan persalinan yang singkat.

(h) Berat lahir

Berat lahir sangat penting untuk mengidentifikasi apakah bayi kecil untuk masa kehamilan (BKMK) atau bayi besar untuk masa kehamilan (BBMK), suatu kondisi yang biasanya berulang. Apabila persalinan pervaginam, berat lahir mencerminkan bahwa bayi dengan ukuran tertentu berhasil memotong pelvis maternal (Walyani, 2015).

(i) Jenis kelamin

Untuk mengetahui jenis kelamin bayi terdahulu dan mengetahui perasaan ibu terhadap laki-laki dan perempuan serta keinginannya dan pasangannya sehubungan dengan jenis kelamin bayi yang dikandungnya saat ini.

(j) Komplikasi

Setiap komplikasi yang terkait dengan kehamilan harus diketahui sehingga dapat dilakukan antisipasi terhadap komplikasi berulang (Walyani, 2015).

(2) Riwayat Kehamilan Sekarang

(a) HPHT

HPHT dapat dijabarkan untuk menghitung tanggal tafsiran persalinan. (Marmi, 2012).

(b) Taksiran Persalinan

Bila siklus haid  $\pm 28$  hari, rumus yang dipakai adalah rumus Neagel yaitu hari + 7, bulan - 3, tahun + 1. Perkiraan partus pada siklus haid 35 hari adalah hari + 14, bulan - 3, tahun + 1 (Marmi, 2012).

(c) Kehamilan yang keberapa

Jumlah kehamilan ibu perlu ditanyakan karena terdapat perbedaan perawatan antara ibu yang baru pertama hamil dengan ibu yang sudah beberapa kali hamil, apabila ibu tersebut baru pertama kali hamil otomatis perlu perhatian ekstra pada kehamilannya (Walyani, 2015).

**g) Riwayat Kontrasepsi**

(1) Metode KB

Tanyakan pada klien metode apa yang selama ini digunakan. Riwayat kontrasepsi diperlukan karena kontrasepsi hormonal dapat mempengaruhi (*estimated date of delivery*) EDD, dan karena penggunaan metode lain dapat membantu menanggapi kehamilan (Walyani, 2015).

(2) Lama penggunaan

Tanyakan kepada klien berapa lama ia telah menggunakan alat kontrasepsi tertentu (Walyani, 2015).

(3) Masalah

Tanyakan kepada klien apakah ia mempunyai masalah saat menggunakan alat kontrasepsi tertentu. Apabila klien mengatakan bahwa kehamilannya saat ini dikarenakan kegagalan kerja alat kontrasepsi, berikan pandangan-pandangan klien terhadap alat kontrasepsi lain (Walyani, 2015).

**h) Riwayat Kesehatan Ibu**

(1) Penyakit yang pernah diderita

Tanyakan kepada klien penyakit apa yang pernah diderita oleh klien. Apabila klien pernah menderita penyakit keturunan, maka ada kemungkinan janin yang ada dalam kandungannya tersebut beresiko menderita penyakit yang sama (Walyani, 2015).

(2) Penyakit yang sedang diderita

Tanyakan kepada klien mengenai penyakit apa yang sedang diderita ibu sekarang. Tanyakan bagaimana kronologis dari tanda-tanda dan klasifikasi dari setiap tanda penyakit tersebut. Hal ini diperlukan untuk menentukan bagaimana asuhan berikutnya (Walyani, 2015).

(3) Pernah dirawat atau tidak

Tanyakan pada klien apakah pernah dirawat di rumah sakit. Kalau pernah dirawat, berapa lama dirawat di rumah sakit (Walyani, 2015).

i) Riwayat Kesehatan Keluarga

Tanyakan kepada klien apakah mempunyai keluarga yang saat ini sedang menderita penyakit menular. Apabila klien mempunyai keluarga yang sedang menderita penyakit menular, sebaiknya bidan menyarankan kepada kliennya untuk menghindari secara langsung atau tidak langsung bersentuhan fisik atau mendekati keluarga tersebut untuk sementara waktu agar tidak menular pada ibu hami dan janinnya. Berikan pengertian terhadap keluarga yang sedang sakit tersebut agar tidak terjadi kesalahpahaman. Tanyakan juga kepada klien apakah mempunyai penyakit keturunan (Walyani, 2015).

j) Keadaan Psikososial Ibu saat ini

(1) Dukungan keluarga terhadap ibu dalam masa kehamilan

Hal ini perlu ditanyakan karena selain suami, keluarga jugasangat berpengaruh besar pada kehamilan ibu. Tanyakan bagaimana respon dan dukungan keluarga lain terhadap kehamilan ibu, misalnya respon orang tua, anak, mertua (Walyani, 2015).

(2) Tempat yang diinginkan untuk bersalin

Tempat yang diinginkan klien sebagai tempat persalinan perlu ditanyakan karena untuk memperkirakan layak tidaknya tempat yang diinginkan klien tersebut (Walyani, 2015).

(3) Petugas yang diinginkan untuk menolong persalinan  
Petugas persalinan yang diinginkan klien perlu ditanyakan karena untuk memberikan pandangan kepada klien tentang perbedaan asuhan persalinan yang akan didapatkan antara dokter kandungan, bidan dan dukun beranak (Walyani, 2015).

(4) Beban kerja dan kegiatan ibu sehari-hari  
Bidan perlu mengkaji kebiasaan sehari-hari ibu karena data ini memberikan gambaran tentang seberapa berat aktifitas yang biasa dilakukan ibu di rumah. Apabila kegiatan ibu terlalu berat dan dikhawatirkan dapat menimbulkan penyulit masa kehamilan, maka bidan dapat memberi peringatan sedini mungkin agar ibu dapat membatasi dahulu aktivitasnya. Aktifitas yang terlalu berat dapat mengakibatkan abortus dan persalinan prematur.

(5) Jenis kelamin yang diinginkan  
Ditanyakan kepada ibu jenis kelamin yang diinginkan oleh ibu dan keluarganya.

(6) Pengambil keputusan dalam keluarga  
Pengambilan keputusan perlu ditanyakan karena untuk mengetahui siapa yang diberi kewenangan klien mengambil keputusan apabila ternyata bidan mendiagnosa adanya keadaan patologis bagi kondisi kehamilan klien yang memerlukan adanya penanganan serius (Walyani, 2015).

(7) Tradisi yang mempengaruhi kehamilan  
Faktor budaya adalah penting untuk mengetahui latar belakang etnik atau budaya wanita untuk mengantisipasi intervensi perawatan yang mungkin perlu ditambahkan atau dihilangkan dalam rencana asuhan (Bobak dalam Marmi, 2012).

**k) Riwayat Sosial dan Kultural**

- (1) Seksual  
Sebaiknya koitus dihindari pada kehamilan muda sebelum kehamilan 16 minggu dan pada hamil tua, karena akan merangsang kontraksi (Walyani, 2015).
- (2) Respon ibu terhadap kehamilan  
Persepsi tentang kehamilan saat ini digali. Apakah kehamilan ini diinginkan atau direncanakan? (Marmi, 2012).
- (3) Respon keluarga terhadap kehamilan  
Respon suami terhadap kehamilan perlu diketahui untuk lebih memperlancar asuhan kehamilan. Mengingat suami merupakan sumber dukungan utama bagi klien dalam menjalani masa-masa sulit kehamilan. Apabila respon suami klien terlihat kurang bahagia menyambut kehamilan klien, maka bidan harus pintar mempengaruhi suami klien agar bisa menerima kehamilan istrinya tersebut dengan kebahagiaan (Walyani, 2015).
- (4) Kebiasaan pola makan dan minum
  - (a) Jenis makanan  
Tanyakan kepada klien, apa jenis makanan yang biasa ia makan. Anjurkan klien mengkonsumsi makan yang mengandung zat besi, asam folat, kalori, protein, vitamin dan garam mineral (Walyani, 2015).
  - (b) Porsi  
Tanyakan bagaimana porsi makan klien. Porsi makanan yang terlalu besar kadang bisa membuat ibu hamil mual, terutama pada kehamilan muda. Anjurkan klien untuk makan dengan porsi sedikit namun sering (Walyani, 2015).
  - (c) Frekuensi  
Tanyakan bagaimana frekuensi makan klien perhari. Anjurkan klien untuk makan dengan porsi sedikit tapi sering (Walyani, 2015).
  - (d) Pantangan  
Tanyakan apakah klien mempunyai pantangan dalam hal makanan (Walyani, 2015).
  - (e) Alasan pantangan

Diagnosa apakah alasan pantang klien terhadap makan tertentu itu benar atau tidak dari segi ilmu kesehatan, kalau ternyata benar dan bahkan dapat mengakibatkan klien kekurangan nutrisi saat hamil, bidan harus segera memberitahukannya kepada klien (Walyani).

(5) Pola Eliminasi

Tanyakan kepada klien apakah BABnya teratur atau tidak. Apabila klien mengatakan terlalu jarang BAB, bisa dicurigai klien mengalami konstipasi. Sebaliknya apabila klien mengatakan terlalu sering, bisa dicurigai klien mengalami diare.

Tanyakan kepada klien seberapa sering ia berkemih dalam sehari. Meningkatnya frekuensi berkemih dikarenakan jumlah cairan masuk atau bisa juga karena adanya tekanan dinding uterus yang membesar karena kehamilan terhadap dinding vesica urinaria. Tanyakan bagaimana warna urine klien. Normalnya urine berwarna bening. Apabila urinenya keruh, bisa dicurigai menderita DM karena urine yang keruh disebabkan oleh menumpuknya glukosa dalam urine. Tanyakan juga kepada klien masalah-masalah dalam proses eliminasi urine misalnya disuria atau rasa sakit dan kesulitan saat berkemih, poliuria atau produksi urine abnormal dalam jumlah besar oleh ginjal tanpa adanya peningkatan asupan cairan (Walyani, 2015).

(6) Pola tidur dan istirahat

Kebiasaan tidur siang perlu ditanyakan karena tidur siang menguntungkan dan baik untuk kesehatan. Sedangkan pola tidur malam juga perlu ditanyakan karena wanita hamil tidak boleh kurang tidur, apalagi tidur malam, jangan kurang dari 8 jam sehari (Walyani, 2015).

(7) Personal Hygiene

Tanyakan kepada klien seberapa sering ia mandi. Mandi diperlukan untuk menjaga kebersihan terutama perawatan kulit, karena fungsi ekskresi dan keringat bertambah. Tanyakan klien seberapa sering ia menggosok gigi, kebersihan gigi penting karena saat hamil sering terjadi karies yang berkaitan dengan emesis-hiperemesis gravidarum, hipersalivasi dapat menimbulkan timbunan kalsium di sekitar gigi. Tanyakan juga frekuensi ganti pakian. Ibu hamil dianjurkan untuk mengenakan pakian yang longgar dan bersih, selain itu juga dianjurkan untuk mengenakan bra yang menyokong payudara. Selain itu dianjurkan mengenakan pakian dan pakian dalam dari bahan katun. Tanyakan juga apakah ada masalah terhadap daerah vulvanya, beri anjuran untuk menjaga kebersihan daerah vulva (Walyani, 2015).

## 2) Data Obyektif

### a) Pemeriksaan fisik umum

#### (1) Keadaan umum

Composmentis (kesadaran baik), gangguan kesadaran (apatis, sambolen, spoor, koma) (Walyani, 2015).

#### (2) Berat Badan

Berat badan yang bertambah terlalu besar atau kurang, perlu mendapatkan perhatian khusus karena kemungkinan terjadi penyulit kehamilan. Kenaikan berat badan tidak boleh dari 0,5 kg per minggu (Walyani, 2015).

#### (3) Tinggi Badan

Diukur dalam cm, tanpa sepatu. Tinggi badan kurang dari 145 cm ada kemungkinan terjadi Cepalo Pelvic Disproposian (CPD) (Walyani, 2015).

#### (4) Tanda-tanda vital :

##### (a) Suhu

Suhu badan normal 36,5-37,5°C. Bila suhu lebih tinggi dari 37,5°C kemungkinan ada infeksi (Walyani, 2015).



- (b) Nadi  
Nadi normal 60-100 x/menit. Bila abnormal mungkin ada kelainan paru-paru atau jantung (Walyani, 2015).
- (c) Pernapasan  
Untuk mengetahui fungsi sistem pernapasan, normalnya 16-24 x/menit (Marmi, 2012).
- (d) Tekanan Darah  
Tekanan darah yang normal adalah 110/80 mmHg sampai 140/90 mmHg. Bila >140/90 mmHg, hati-hati adanya hipertensi/preeklamsi (Walyani, 2015).
- (5) LILA  
Untuk mengetahui status gizi ibu, normalnya 28,5 cm (Marmi, 2012).
- b) Pemeriksaan Fisik Obstetri
  - (1) Muka  
Periksa palpebra, konjungtiva dan sklera. Periksa palpebra untuk memperkirakan gejala oedema umum. Periksa konjungtiva dan sklera untuk memperkirakan adanya anemia dan ikterus (Walyani, 2015).
  - (2) Mata  
Konjungtiva: normalnya berwarna merah muda. Sklera: normalnya berwarna putih (Marmi, 2012).
  - (3) Hidung  
Bersih atau tidak, ada polip atau tidak, ada secret atau tidak (Marmi, 2012).
  - (4) Mulut dan gigi  
Bersih atau tidak, ada luka atau tidak, ada caries atau tidak (Marmi, 2012).
  - (5) Leher  
Ada pembesaran kelenjar tyroid dan kelenjar limfe atau tidak (Marmi, 2012).
  - (6) Dada  
Payudara simetris atau tidak, puting bersih dan menonjol atau tidak, hiperpigmentasi areolla atau tidak, colostrum sudah keluar atau belum (Marmi, 2012).
  - (7) Abdomen  
Inspeksi pembesaran perut (bila pembesaran perut itu berlebihan kemungkinan asites, tumor, ileus, dan lain-lain),

pigmentasi di linea alba, nampaklah gerakan anak atau kontraksi rahim, adakah striae gravidarum atau luka bekas operasi (Walyani, 2015).

(a) Palpasi

*Leopold I*

Tujuannya untuk mengetahui tinggi fundus uteri untuk memperkirakan usia kehamilan dan untuk menentukan bagian-bagian janin yang berada di fundus uteri sifat kepala ialah keras, bundar, melenting, sifat bokong ialah lunak, kurang bundar dan kurang melenting. Pada letak lintang, fundus uteri kosong (Mandriwati, dkk, 2017).

*Gambar 2.1*

Leopold I



*Leopold II*

Tujuannya untuk mengetahui bagian-bagian janin yang berada pada bagian samping kanan dan samping kiri uterus (Mandriwati, dkk, 2017). Untuk mengetahui letak janin memanjang atau melintang dan bagian janin yang teraba di sebelah kiri atau kanan (Walyani, 2015).

*Gambar 2.2*

Leopold II



## Gambar 2.2

### *Leopold III*

Tujuannya untuk menentukan bagian tubuh janin yang berada pada bagian bawah uterus dan untuk mengetahui apakah bagian tubuh janin yang berada pada bagian bawah uterus sudah atau belum masuk ke pintu atas panggul ibu (Mandriwati, dkk, 2017).

*Gambar 2.3*  
Leopold III



### *Leo*

Tujuannya untuk memastikan apakah bagian terendah janin benar-benar sudah masuk ke pintu atas panggul ibu atau belum dan untuk menentukan seberapa banyak bagian terendah janin sudah masuk ke pintu atas panggul ibu (Mandriwati, dkk, 2017).

*Gambar 2.4*  
Leopold IV



(b)

Untuk mengetahui taksiran berat badan janin. Tafsiran ini berlaku untuk janin presentasi kepala.

Rumusnya adalah sebagai berikut:

(tinggi fundus dalam cm – n) x 155 = berat (gram). Bila kepala diatas atau pada spina iskiadika maka n = 12. Bila kepala dibawah spina iskiadika maka n = 11 (Romauli, 2011).

(c) Auskultasi

Auskultasi dengan menggunakan stetoskop monoaural atau dopler untuk menentukan DJJ setelah umur kehamilan 18 minggu, yang meliputi frekuensi, keteraturan dan kekuatan DJJ. DJJ normal adalah 120 sampai 160 kali per menit. Bila DJJ <120 atau >160 per menit, maka kemungkinan ada kelainan janin atau plasenta (Walyani, 2015).

(8) Ekstremitas

Ekstremitas atas dan bawah: simetris atau tidak, oedema atau tidak, varices atau tidak (Marmi, 2012).

c) Pemeriksaan Penunjang Kehamilan Trimester III

(1) Darah

Pada pemeriksaan darah yang diperiksa adalah golongan darah ibu, kadar haemoglobin dan HbsAg. Pemeriksaan haemoglobin untuk mendeteksi faktor resiko kehamilan yang adanya anemi. Bila kadar Hb ibu kurang dari 10gr% berarti ibu dalam keadaan anemia, terlebih bila kadar Hb kurang dari 8gr% berarti ibu anemia berat. Batas terendah untuk kadar Hb dalam kehamilan 10g%. Wanita yang mempunyai Hb < dari 10gr/100 ml baru disebut menderita anemi dalam kehamilan. Hb minimal dilakukan kali selama hamil, yaitu pada trimester I dan trimester III sedangkan pemeriksaan HbsAg digunakan untuk mengetahui apakah ibu menderita hepatitis atau tidak.

(2) Pemeriksaan Urine

Pemeriksaan yang dilakukan adalah protein dalam urine untuk mengetahui ada tidaknya protein dalam urine. Pemeriksaan dilakukan dalam kunjungan pertama dan

pada setiap kunjungan pada akhir trimester II sampai trimester III kehamilan. Hasilnya negatif (-) urine tidak keruh, positif 2(++) kekeruhan mudah dilihat dan ada endapan halus, positif 3(+++) urine lebih keruh dan ada endapan yang lebih jelas terlihat, positif 4 (+++++) urine sangat keruh dan disertai endapan menggumpal.

(3) Pemeriksaan Radiologi

USG diperlukan untuk mengetahui diameter biparietal, gerakan janin, ketuban, TBJ dan tafsiran kehamilan.

b. Interpretasi Data (Diagnosa dan Masalah)

1) Hamil atau tidak

Tanda-tanda kehamilan dapat dibagi dalam 2 bagian, yaitu:

a) Tanda-tanda pasti

- (1) Mendengar bunyi jantung janin
- (2) Melihat, meraba atau mendengar pergerakan janin oleh pemeriksa
- (3) Melihat rangka janin dengan sinar rontgen atau dengan ultrasonografi

b) Tanda-tanda mungkin

Tanda-tanda mungkin sudah timbul pada hamil muda, tetapi dengan tanda-tanda mungkin kehamilan hanya boleh diduga. Makin banyak tanda-tanda mungkin kita dapati makin besar kemungkinan kehamilan. Tanda-tanda mungkin berupa pembesaran, perubahan bentuk dan konsistensi rahim, yaitu:

- (1) Perubahan pada serviks
- (2) Kontraksi *braxton hicks*
- (3) Balotemen (*ballotement*)
- (4) Meraba bagian anak
- (5) Pemeriksaan biologis
- (6) Pembesaran perut
- (7) Keluarnya colostrum
- (8) Hyperpigmentasi kulit seperti pada muka yang disebut *cloasma gravidarum* (topeng kehamilan)
- (9) Tanda Chadwick
- (10) Adanya amenore
- (11) Mual dan muntah
- (12) Sering kencing karena rahim yang membesar menekan pada kandung kencing
- (13) Perasaan dada berisi dan agak nyeri

2) Primi atau multigravida

a) Primigravida

- (1) Buah dada tegang
- (2) Puting susu runcing
- (3) Perut tegang dan menonjol kedepan
- (4) *Striae lividae*
- (5) Perinium utuh
- (6) Vulva tertutup
- (7) Hymen perforatus
- (8) Vagina sempit dan teraba rugae
- (9) Porsio runcing

b) Multigravida

- (1) Buah dada lembek, menggantung
- (2) Puting susu tumpul
- (3) Perut lembek dan tergantung
- (4) *Striae lividae* dan *striaealbicans*
- (5) Perineum berparut
- (6) Vulva menganga
- (7) *Carunculaemyrtiformis*
- (8) Vagina longgar, selaput lendir licin
- (9) Porsio tumpul dan terbagi dalam bibir depan dan bibir belakang.

3) Tuanya kehamilan

Tuanya kehamilan dapat diduga dari:

- a) Lamanya amenorrhoe
- b) Dari tingginya fundus uteri
- c) Dari besarnya anak terutama dari besarnya kepala anak misalnya diameter biparietal dapat diukur secara tepat dengan ultrasound
- d) Dari saat mulainya terasa pergerakan anak
- e) Dari saat mulainya terdengar bunyi jantung anak
- f) Dari masuk atau tidak masuknya kepala ke dalam rongga panggul
- g) Dengan pemeriksaan amniocentesis

4) Janin hidup atau mati

a) Tanda-tanda janin mati adalah:

- (1) Denyut jantung janin tidak terdengar lagi
- (2) Rahim tidak membesar dan fundus uteri turun
- (3) Palpasi janin menjadi kurang jelas
- (4) Ibu tidak merasa pergerakan janin

b) Tanda-tanda janin hidup adalah:

- (1) Denyut jantung janin terdengar jelas
- (2) Rahim membesar
- (3) Palpasi janin menjadi jelas
- (4) Merasa ada pergerakan janin

- 5) Janin tunggal atau kembar
  - a) Tanda-tanda janin tunggal, adalah:
    - (1) Perut membesar sesuai umur kehamilan
    - (2) Mendengar denyut jantung janin pada 1 tempat
    - (3) USG nampak 1 kerangka janin
  - b) Tanda-tanda janin kembar, adalah:
    - (1) Perut lebih besar dari umur kehamilan
    - (2) Meraba 3 bagian besar/lebih (kepala dan bokong)
    - (3) Meraba 2 bagian besar berdampingan
    - (4) Mendengar denyut jantung janin pada 2 tempat
    - (5) USG nampak 2 kerangka janin
- 6) Letak janin
  - a) Letak  
Letak sumbu panjang janin terhadap sumbu panjang ibu, misalnya letak bujur, letak lintang dan letak serong
  - b) Sikap  
Sikap bagian janin satu dengan yang lain, misalnya: fleksi(letak menekur)dan defleksi (letak menengadah). Sikap janinyang fisiologis adalah badan anak dalam kyphose, kepalamenekur, dagu dekat pada dada, lengan bersilang di depandada, tungkai terlipat pada lipatan paha dan lekuk lutut rapat pada badan
  - c) Kedudukan  
Kedudukan salah satu bagian janin tertentu terhadap dinding perut ibu/jalan lahir, misalnya punggung kiri, punggung kanan
  - d) Presentasi  
Apakah presentasi kepala, presentasi muka, presentasi dahi
- 7) Intra Uterin atau Ekstra Uterin
  - a) Intra uterin (kehamilan dalam rahim)  
Tanda-tandanya :
    - (1) Palpasi uterus berkontraksi (*Braxton Hicks*)
    - (2) Terasa ligamentum rotundum kiri kanan
  - b) Ekstra uterin (kehamilan di luar rahim)  
Kehamilan di luar rahim disebut juga kehamilan ektopik,yaitu kehamilan di luar tempat yang biasa.  
Tanda-tandanya:
    - (1) Pergerakan janin dirasakan nyeri oleh ibu
    - (2) Janin lebih mudah teraba
    - (3) Kontraksi *Braxton Hicks* negatif
    - (4) Rontgen bagian terendah anak tinggi
    - (5) Saat persalinan tidak ada kemajuan
    - (6) VT kavum uteri kosong
- 8) Keadaan jalan lahir (normal/CPD)  
Keadaan panggul luarnya apakah dalam keadaan normal atau tidak.

- 9) Keadaan umum pasien (sehat atau tidak)  
Keadaan umum ibu sangat berpengaruh terhadap proses persalinan. Ibu yang lemah atau sakit keras kemungkinan tidak menyelesaikan proses persalinan dengan baik. Dugaan ada atau tidaknya penyakit pada wanita hamil dapat diketahui dari keadaan umum pasien atau dari anamnesa
- c. Antisipasi Masalah Potensial  
Langkah ini merupakan langkah antisipasi, petugas mengidentifikasi masalah atau diagnosa potensial lain berdasarkan rangkaian masalah yang lain juga. Langkah ini membutuhkan antisipasi dan bila memungkinkan akan dilakukan pencegahan. Sambil mengamati pasien, petugas diharapkan dapat bersiap-siap bila diagnosa atau masalah potensial benar-benar terjadi (Nugroho, 2014).
- d. Tindakan Segera  
Setelah merumuskan tindakan yang perlu dilakukan untuk mengantisipasi diagnosa/masalah potensial pada langkah sebelumnya, bidan juga harus merumuskan tindakan emergensi yang harus dirumuskan untuk menyelamatkan ibu dan bayi, secara mandiri, kolaborasi atau rujukan berdasarkan kondisi klien (Walyani dan Purwoastuti, 2015).
- e. Perencanaan dan Rasional  
Langkah ini ditentukan dari hasil kajian pada langkah sebelumnya. Jika ada informasi/data yang tidak lengkap bisa dilengkapi. Merupakan kelanjutan penatalaksanaan terhadap masalah atau diagnosa yang telah diidentifikasi atau diantisipasi yang sifatnya segera atau rutin. Rencana asuhan dibuat berdasarkan pertimbangan yang tepat, baik dari pengetahuan, teori yang *up to date* dan divalidasikan dengan kebutuhan pasien. Penyusunan rencana asuhan sebaiknya melibatkan pasien. Sebelum pelaksanaan rencana asuhan, sebaiknya dilakukan kesepakatan antara bidan dan pasien ke dalam *informed consent* (Walyani dan Purwoastuti, 2015).
- Kriteria perencanaan menurut Kepmenkes No. 938 tahun 2007 adalah:



- 1) Rencana tindakan berdasarkan prioritas masalah dan kondisi klien, tindakan segera, tindakan antisipasi dan asuhan secara komprehensif.
  - 2) Melibatkan klien/pasien dan atau keluarga.
  - 3) Mempertimbangkan kondisi psikologi dan sosial budayaklien/keluarga.
  - 4) Memilih tindakan yang aman sesuai kondisi dan kebutuhan klien berdasarkan *evidence based* dan memastikan bahwa asuhan yang diberikan bermanfaat untuk klien.
  - 5) Memperuntungkan kebijakan dan peraturan yang berlaku, sumberdaya serta fasilitas yang ada. Rencana yang diberikan bersifat menyeluruh tidak hanya meliputi apa yang sudah teridentifikasi dari kondisi/masalah klien, tapi juga dari kerangka pedoman antisipasi terhadap klien tersebut, apakah kebutuhan perlu konseling, penyuluhan dan apakah pasien perlu dirujuk karena ada masalah-masalah yang berkaitan dengan masalah kesehatan lain. Pada langkah ini tugas bidan adalah merumuskan rencana asuhan sesuai dengan hasil pembahasan rencana bersama klien dan keluarga, kemudian membuat kesepakatan bersama sebelum melaksanakannya.
- f. Implementasi/Pelaksanaan  
Pelaksanaan dapat dilakukan seluruhnya oleh bidan atau bersama-sama dengan klien atau anggota tim kesehatan. Bila tindakan dilakukan oleh dokter atau tim kesehatan lain, bidan tetap memegang tanggung jawab untuk mengarahkan kesinambungan asuhan berikutnya. Kaji ulang apakah semua rencana asuhan telah dilaksanakan (Walyani dan Purwoastuti, 2015).
- g. Evaluasi  
Pada langkah ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang telah diberikan. Evaluasi didasarkan pada harapan pasien yang diidentifikasi saat merencanakan asuhan kebidanan. Untuk mengetahui keberhasilan asuhan, bidan mempunyai pertimbangan tertentu antara lain tujuan asuhan kebidanan, efektivitas tindakan untuk mengatasi masalah dan hasil asuhan kebidanan (Walyani dan Purwoastuti, 2015).

Kriteria evaluasi menurut Kepmenkes RI No. 938 tahun 2007

adalah:

- 1) Penilaian dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien.
  - 2) Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan kepada klien/keluarga.
  - 3) Evaluasi dilakukan sesuai dengan standar.
  - 4) Hasil evaluasi ditindaklanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien.
2. Asuhan Kebidanan Persalinan
- Asuhan kebidanan pada persalinan ini merupakan kelanjutan dari asuhan pada kehamilan yang lalu. Metode pendokumentasian yang digunakan adalah SOAP.

**a. Subyektif**

**1) Keluhan pasien**

Keluhan utama atau alasan utama wanita datang ke rumah sakit atau bidan ditentukan dalam wawancara. Keluhan utama dapat berupa ketuban pecah dengan atau kontraksi. Pada umumnya klien mengeluh nyeri pada daerah pinggang menjalar ke perut, adanya his yang makin sering, teratur, keluarnya lendir dan darah, perasaan selalu ingin buang air kemih, bila buang air kemih hanya sedikit-sedikit (Marmi, 2012).

**2) Status gizi**

Merupakan komponen penting dalam riwayat prenatal. Status nutrisi seorang wanita memiliki efek samping langsung pada pertumbuhan dan perkembangan janin dan wanita memiliki motivasi tinggi untuk mempelajari gizi yang baik. Pengkajian diet dapat mengungkapkan data praktek khusus, alergi makanan dan perilaku makan serta faktor-faktor lain yang terkait dengan status nutrisi (Marmi, 2012).

**3) Eliminasi**

Pola eliminasi meliputi BAK dan BAB. Dalam hal ini perlu dikaji terakhir kali ibu BAK dan BAB. Kandung kemih yang penuh akan menghambat penurunan bagian terendah janin sehingga diharapkan ibu dapat sesering mungkin BAK. Apabila ibu belum BAB kemungkinan akan dikeluarkan saat persalinan, yang dapat

mengganggu bila bersamaan dengan keluarnya kepala bayi. Adanya perasaan sering atau susah kencing selama kehamilan dan proses persalinan. Pada akhir trimester III dapat terjadi konstipasi (Marmi, 2012).

**4) Istirahat**

Kebiasaan tidur siang perlu ditanyakan karena tidur siang menguntungkan dan baik untuk kesehatan. Apabila ternyata klien tidak terbiasa tidur siang, anjurkan klien untuk mencoba dan membiasakannya. Pola tidur malam perlu ditanyakan karena wanita hamil tidak boleh kurang tidur, apalagi tidur malam, jarang kurang dari 8 jam. Tidur malam merupakan waktu dimana proses pertumbuhan janin berlangsung. Apabila ternyata klien mempunyai pola tidur malam yang tidak mencapai 8 jam, anjurkan klien untuk mencoba dan membiasakan tidur malam dengan pola 8 jam (Walyani dan Purwoastuti, 2015).

**5) Aktivitas sehari-hari**

Dikaji aktivitas ibu sehari-hari, apakah ibu melakukan pekerjaan berat, apakah ibu sering berolahraga/jalan santai karena ibu yang biasa kerja keras kemungkinan bisa menyebabkan kelelahan pada saat persalinan.

**6) Kebersihan**

Dikaji kapan ibu mandi, keramas, ganti pakaian, sikat gigi terakhir kali.

**b. Obyektif**

**1) Pemeriksaan umum**

Pemeriksaan umum terdiri dari kesadaran, tekanan darah, denyut nadi, pernapasan, suhu, LiLA, berat badan dan tinggi badan.

**2) Pemeriksaan fisik**

a) Muka : apakah oedema atau tidak, cyanosis atau tidak

b) Mata : konjungtiva: normalnya berwarna merah muda;

sklera: normalnya berwarna putih

c) Hidung : bersih atau tidak, ada polip atau tidak, ada sekret atau tidak

d) Mulut : bersih atau tidak, ada luka atau tidak, ada caries atau tidak

- e) Leher : ada pembesaran kelenjar tyroid dan kelenjar limfe atau tidak
- f) Dada : payudara simetris atau tidak, puting susu bersih dan menonjol atau tidak, hiperpigmentasi areolla atau tidak, colostrum sudah keluar atau belum
- g) Abdomen : ada lukas bekas SC atau tidak, ada linea atau tidak, striae albican atau lividae

(1) Palpasi

(a) Leopold I

Tinggi fundus uteri sesuai dengan usia kehamilan atau tidak, di fundus normalnya teraba bagian lunak dan tidak melenting (bokong) (Marmi, 2012).

(a) Leopold II

Normalnya teraba bagian panjang, keras seperti papan (punggung) pada satu sisi uterus dan pada sisi lain teraba bagian kecil (Marmi, 2012).

(b) Leopold III

Normalnya teraba bagian yang bulat, keras dan melenting pada bagian bawah uterus ibu, apakah ibu sudah masuk PAP (Marmi, 2012).

(c) Leopold IV

Dilakukan jika pada leopold III teraba kepala janin sudah masuk PAP. Dilakukan dengan menggunakan patokan jari penolong dan symphysis ibu, berfungsi untuk mengetahui penurunan presentasi (Marmi, 2012).

(e) Penurunan bagian terendah dengan perlimaan dan masuknya seberapa dengan menggunakan perlimaan jari(5/5, 4/5, 3/5, 2/5, 1/5)

(f) Pengukuran TFU menurut MC Donald dalam cm dengan cara mengukur dari tepi atas simpisis ke arah fundus dengan arah pita cm terbalik

(2) Auskultasi

Terdengar denyut jantung di bawah pusat ibu (baik di bagian kiri atau kanan). Normalnya 120-160 x/menit.

(3) Perkusi

Terdengar gerakan refleks pada kaki, baik pada kaki kiri maupun kanan.

- h) Ekstremitas : ekstremitas atas dan bawah simetris atau tidak, oedema atau tidak, varices atau tidak
  - i) Vulva dan vagina: bersih atau tidak, oedema atau tidak, ada flour albus atau tidak, ada pembesaran kelenjar skene dan kelenjar bartholini atau tidak, ada condilomatalata atau tidak, ada condiloma acuminata atau tidak, kemerahan atau tidak
  - 3) Pemeriksaan Penunjang lainnya : dilakukan untuk mengetahui status darah, urine.
- c. Assesmen/Analisa**
- 1) Diagnosa Kebidanan  
Diagnosa yang dapat ditegakkan adalah diagnosa yang berkaitan dengan gravida, para, abortus, umur ibu, umur kehamilan, keadaan janin dan perjalanan persalinan. Dasar dari diagnosa tersebut adalah:
    - a) Pernyataan ibu mengenai jumlah kehamilan
    - b) Pernyataan ibu mengenai jumlah persalinan
    - c) Pernyataan ibu mengenai pernah atau tidak mengalami abortus.
    - d) Pernyataan ibu mengenai umurnya
    - e) Pernyataan ibu mengenai HPHT
    - f) Hasil pemeriksaan :
      - (1) Palpasi yaitu Leopold I,II,III,IV
      - (2) Auskultasi yaitu DJJ
      - (3) Pemeriksaan dalam yang dinyatakan dengan hasil VT
    - g) Sudah dipimpin mengejan pada primigravida sedangkan pada multigravida 1 jam.
  - 2) Masalah  
Apakah ada masalah atau keluhan yang dirasakan pasien atau tidak, jika ada bagaimana tindakan segera yang dibutuhkan.
- d. Penatalaksanaan**
- Tahap ini merupakan gabungan dari tahap perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi. Pada penatalaksanaan ini, asuhan yang dikerjakan langsung ditulis menggunakan kata kerja.
- Penatalaksanaan dibagi per kala, yaitu:
- 1) Kala I
    - a) Memonitoring kemajuan persalinan (penurunan kepala, kontraksi uterus, pembukaan serviks), kondisi ibu dan janin

(DJJ, warna air ketuban, molase atau caput) dan catat dalam partograf.

- b) Memberikan nutrisi yang cukup dan sesuai selama persalinan.
- c) Memberikan dukungan dan memfasilitasi ibu untuk didampingi oleh orang yang diinginkan.
- d) Memfasilitasi ibu untuk memilih posisi yang nyaman baginya.
- e) Menganjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemihnya secara teratur (setiap 2 jam).
- f) Memastikan ibu merasa nyaman dengan pain relief, menarik nafas panjang ketika kontraksi, menginformasikan tentang kemajuan persalinan.
- g) Menilai partograf secara terus menerus, menginterpretasikan temuan dan membuat intervensi yang tepat.
- h) Menjaga kebersihan.
- i) Pada saat ketuban pecah, mengulangi pemeriksaan dalam untuk menilai apakah ada bagian kecil atau tali pusat atau tidak dan menilai kemajuan persalinan.
- j) Menilai apakah perlu untuk melakukan pemeriksaan glukosa urine, protein dan keton serta Hb.
- k) Menginformasikan hasil temuan kepada ibu dan keluarga.

## 2) Kala II

Mengenali Gejala dan Tanda Kala Dua

### *Langkah 1*

Mendengar dan melihat tanda kala II persalinan

- (1) Ibu merasakan dorongan kuat dan meneran
  - (2) Ibu merasakan regangan yang semakin meningkat pada rektum dan vagina
  - (3) Perineum tampak menonjol
  - (4) Vulva dan sfingter ani membuka
- b) Menyiapkan Pertolongan Persalinan

### *Langkah 2*

Pastikan kelengkapan peralatan, bahan dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan menatalaksana komplikasi segera pada ibu dan bayi baru lahir.

Untuk asuhan bayi baru lahir atau resusitasi → siapkan:

- (1) Tempat datar, rata, bersih, kering dan hangat
- (2) 3 handuk/kain bersih dan kering (termasuk ganjal bahu bayi)

- (3) Alat penghisap lendir
- (4) Lampu sorot 60 watt dengan jarak 60 cm dari tubuh bayi

Untuk ibu:

- (1) Menggelaar kain di perut bawah ibu
- (2) Menyiapkan oksitosin 10 unit
- (3) Alat suntik sekali pakai di dalam partus set

*Langkah 3*

Pakai celemek plastik atau dari bahan yang tidak tembus cairan

*Langkah 4*

Melepaskan dan menyimpan semua perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir kemudian keringkan tangan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering.

*Langkah 5*

Pakai sarung tangan DTT pada tangan yang digunakan untuk pemeriksaan dalam.

*Langkah 6*

Masukkan oksitosin kedalam tabung suntik (gunakan tangan yang memakai sarung tangan DTT dan steril dan pastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik.

c) Memastikan Pembukaan Lengkap dan Keadaan Kanin Baik

*Langkah 7*

Membersihkan vulva dan perineum, menyeka dengan hati-hati dari anterior (depan) ke posterior (belakang) menggunakan kapas atau kasa yang dibasahi air DTT.

- (1) Jika introitus vagina, perineum atau anus terkontaminasi tinja, bersihkan dengan seksama dari arah depan kebelakang
- (2) Buang kapas atau pembersih (terkontaminasi) dalam wadah tersedia
- (3) Jika terkontaminasi, lakukan dekontaminasi, lepaskan dan rendam sarung tangan tersebut dalam larutan klorin 0,5% → langkah #9. Pakai sarung tangan DTT/steril untuk melaksanakan langkah lanjutan.

*Langkah 8*

Lakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan lengkap.

Bila selaput ketuban belum pecah dan pembukaan sudah lengkap maka lakukan amniotomi.

*Langkah 9*

Dekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5% kemudian lepaskan dan rendam dalam keadaan terbalik dalam larutan 0,5% selama 10 menit. Cuci kedua tangan setelah sarung tangan dilepaskan. Tutup partus set.

*Langkah 10*

Periksa denyut jantung janin setelah kontraksi uterus mereda (relaksasi) untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (120-160x/ menit).

- (1) Ambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal
- (2) Dokumentasikan hasil-hasil pemeriksaan dalam, DJJ dan semua hasil-hasil penilaian serta asuhan lainnya pada partograf.

- d) Menyiapkan Ibu dan Keluarga untuk membantu Proses Bimbingan Meneran

*Langkah 11*

Beritahukan pada ibu bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin cukup baik, kemudian bantu ibu menemukan posisi yang nyaman dan sesuai dengan keinginannya.

- (1) Tunggu hingga timbul kontraksi atau rasa ingin meneran, lanjutkan pemantauan kondisi dan kenyamanan ibu dan janin (ikuti pedoman penatalaksanaan fase aktif) dan dokumentasikan sesuai temuan yang ada
- (2) Jelaskan pada anggota keluarga tentang bagaimana peran mereka untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu untuk meneran secara benar

*Langkah 12*

Minta keluarga membantu menyiapkan posisi meneran jika ada rasa ingin meneran dan terjadi kontraksi yang kuat. Pada kondisi itu, ibu diposisikan setengah duduk atau posisi lain yang diinginkan dan pastikan ibu merasa nyaman

*Langkah 13*

Laksanakan bimbingan meneran pada saat ibu merasa ingin meneran atau timbul kontraksi yang kuat:

- (1) Bimbing ibu agar dapat meneran secara benar dan efektif



- (2) Dukung dan beri semangat pada saat meneran dan perbaiki cara meneran apabila caranya tidak sesuai
- (3) Bantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai pilihannya (kecuali posisi berbaring telentang dalam waktu yang lama)
- (4) Anjurkan ibu untuk beristirahat diantara kontraksi
- (5) Anjurkan keluarga memberi dukungan dan semangat untuk ibu
- (6) Berikan cukup asupan cairan per oral (minum)
- (7) Menilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai
- (8) Segera rujuk jika bayi belum atau tidak akan segera lahir setelah pembukaan lengkap dan dipimpin meneran  $\geq 120$  menit (2 jam) pada primigravida atau 60 menit (1 jam) pada multigravida

#### *Langkah 14*

Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit

- e) Persiapan untuk melahirkan Bayi

#### *Langkah 15*

Letakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) di perut bawah ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm

#### *Langkah 16*

Letakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian di bawah bokong ibu

#### *Langkah 17*

Buka tutup partus set dan periksa kembali kelengkapan peralatan dan bahan

#### *Langkah 18*

Pakai sarung tangan DTT/steril pada kedua tangan

- f) Pertolongan untuk Kelahiran Bayi

#### *Lahirnya Kepala*

#### *Langkah 19*

Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulva maka lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering. Tangan yang lain menahan

kepala bayi untuk menahan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu untuk meneran perlahan sambil bernapas cepat dan dangkal

*Langkah 20*

Periksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat dan ambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan segera lanjutkan proses kelahiran bayi

- (1) Jika tali pusat melilit leher secara longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi
- (2) Jika tali pusat melilit leher secara kuat, klem tali pusat di dua tempat dan potong diantara klem terakhir

*Langkah 21*

Setelah kepala lahir, tunggu putaran paksi luar yang berlangsung secara spontan.

*Lahirnya Bahu*

*Langkah 22*

Setelah putaran paksi luar selesai, pegang kepala bayi secara biparental. Anjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi. Dengan lembut gerakkan kepala ke arah bawah dan distal hingga bahu depan muncul di bawah arkus pubis dan kemudian gerakkan ke arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang

*Lahirnya Badan dan Tungkai*

*Langkah 23*

Setelah kedua bahu lahir, satu tangan menyangga kepala dan bahu belakang, tangan yang lain menelusuri dan memegang lengan dan siku bayi sebelah atas.

*Langkah 24*

Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong dan kaki. Pegang kedua mata kaki (masukkan telunjuk diantara kaki dan pegang kedua kaki dengan melingkarkan ibu jari pada satu sisi dan jari-jari lainnya pada sisi yang lain agar bertemu dengan jari telunjuk)

g) Asuhan Bayi Baru Lahir

*Langkah 25*

Lakukan penilaian (selintas):

- (1) Apakah bayi cukup bulan?

(2) Apakah bayi menangis kuat dan atau bernapas tanpa kesulitan?

(3) Apakah bayi bergerak dengan aktif?

Bila salah satu jawaban adalah “TIDAK”, lanjut ke langkah resusitasi pada bayi baru lahir dengan asfiksia (lihat Penuntun

Belajar Resusitasi Bayi Asfiksia)

Jika semua jawaban adalah “YA”, lanjut ke langkah 26

*Langkah 26*

Keringkan tubuh bayi

Keringkan tubuh bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya (kecuali kedua tangan) tanpa membersihkan verniks.

Ganti handuk basah dengan handuk/kain yang kering. Pastikan bayi dalam posisi dan kondisi aman di perut bagian bawah ibu

*Langkah 27*

Periksa kembali uterus untuk memastikan hanya ada satu bayi yang lahir (hamil tunggal) dan bukan kehamilan ganda (gemelli)

*Langkah 28*

Beritahukan ibu bahwa ia akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi baik

*Langkah 29*

Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikkan oksitosin 10 unit (intramuskuler) di 1/3 paha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntikkan oksitosin)

*Langkah 30*

Dalam waktu 2 menit setelah bayi lahir jepit tali pusat dengan klem kira-kira 2-3 cm dari pusat bayi. Gunakan jari telunjuk dan jari tengah tangan yang lain untuk mendorong isi tali pusat ke arah ibu, dan klem tali pusat pada sekitar 2 cm distal dari klem pertama.

*Langkah 31*

Pemotongan dan pengikatan tali pusat

(1) Dengan satu tangan, angkat tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi) dan lakukan pengguntingan tali pusat diantara 2 klem tersebut.

(2) Ikat tali pusat dengan benang DTT/steril pada satu sisi kemudian lingkarkan kembali benang ke sisi berlawanan

dan lakukan ikatan kedua menggunakan benang dengan simpul kunci pada sisi lainnya.

- (3) Lepaskan klem dan masukkan dalam wadah yang telah disediakan

#### *Langkah 32*

Letakan bayi tengkurap didada ibu untuk kontak kulit ibu-bayi. Luruskan bahu bayi sehingga dada bayi menempel didada ibunya. Usahakan kepala bayi berada di antara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting susu atau areola mammae ibu.

- (1) Selimuti ibu dan bayi dengan kain kering dan hangat, pasang topi di kepala
- (2) Biarkan bayi melakukan kontak kulit ke kulit di dada ibu sedikit 1 jam
- (3) Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan inisiasi menyusui dini dalam waktu 30-60 menit. Menyusui untuk pertama kali akan berlangsung sekitar 10-15 menit. Bayi cukup menyusui dari satu payudara
- (4) Biarkan bayi berada di dada ibu selama 1 jam walaupun

bayi sudah berhasil menyusui

#### h) Manajemen Aktif Kala III Persalinan

##### *Langkah 33*

Pindahkan klem tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva

##### *Langkah 34*

Letakan satu tangan di atas kain pada perut bawah ibu (di atas simfisis), untuk mendeteksi kontraksi. Tangan lain memegang klem untuk menegangkan tali pusat

##### *Langkah 35*

Sambil tangan yang lain mendorong uterus ke arah belakang – atas (dorsokranial) secara hati-hati (untuk mencegah inversio uteri). Jika plasenta tidak lahir dalam 30–40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan ulangi kembali prosedur di atas

- Jika uterus tidak segera berkontraksi, minta ibu, suami atau anggota keluarga untuk melakukan stimulasi puting susu

#### i) Mengeluarkan Plasenta

### *Langkah 36*

Bila pada penekanan bagian dinding depan uterus ke arah dorsal ternyata diikuti dengan pergeseran tali pusat ke arah distal maka lanjutkan dorongan ke arah kranial hingga plasenta dapat dilahirkan

- (1) Ibu boleh meneran tetapi tali pusat hanya ditegangkan (jangan ditarik secara kuat terutama jika uterus tak berkontraksi) sesuai dengan sumbu jalan lahir ( ke arah bawah sejajar lantai-atas ).
- (2) Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5-10 cm dari arah vulva dan lahirkan plasenta.
- (3) Jika plasenta tidak lepas setelah 15 menit menegangkan tali pusat :
  - (a) Ulangi pemberian oksitosin 10 unit IM
  - (b) Lakukan kateterisasi (gunakan teknik aseptik) jika kandung kemih penuh
  - (c) Minta keluarga untuk menyiapkan rujukan.
  - (d) Ulangi tekanan dorso-kranial dan penegangan tali pusat 15 menit berikutnya
  - (e) Jika plasenta tidak lahir dalam 30 menit sejak bayi lahir atau terjadi perdarahan maka segera lakukan tindakan plasenta manual.

### *Langkah 37*

Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpinil kemudian lahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan.

- Jika selaput ketuban robek, pakai sarung tangan DTT atau steril untuk melakukan eksplorasi sisa selaput kemudian gunakan jari-jari tangan klem ovum DTT/ steril untuk mengeluarkan plasenta yang tertinggal.
- j) Rangsangan Taktil ( masase) Uterus

### *Langkah 38*

Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus, letakan telapak tangan di fundus dan lakukan masase dengan gerakan melingkar, dengan lembut, hingga uterus berkontraksi ( fundus teraba keras)

- Lakukan tindakan yang diperlukan (Kompresi Bimanual Internal, Kompresi Aorta Abdominalis, Tampon Kondom-Kateter) jika uterus tidak berkontraksi dalam 15 detik setelah rangsangan taktil/masase.

k) Menilai Perdarahan

*Langkah 39*

Periksa kedua sisi plasenta (maternal-fetal) pastikan plasenta telah dilahirkan lengkap. Masukkan plasenta ke dalam kantung plastik atau tempat khusus.

l) Menilai Perdarahan

*Langkah 40*

Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum. Lakukan penjahitan bila terjadi laserasi derajat 1 dan 2 yang menimbulkan perdarahan.

*Bila ada robekan yang menimbulkan perdarahan aktif, segera lakukan penjahitan*

m) Asuhan Pasca Persalinan

*Langkah 41*

Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam

*Langkah 42*

Pastikan kandung kemih kosong. Jika penuh, lakukan kateterisasi

n) Evaluasi

*Langkah 43*

Celupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5%, bersihkan noda darah dan cairan tubuh dan bilas di air DTT tanpa melepas sarung tangan, kemudian keringkan dengan handuk

*Langkah 44*

Ajarkan ibu/keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi

*Langkah 45*

Memeriksa nadi ibu dan pastikan keadaan umum ibu baik

*Langkah 46*

Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah

*Langkah 47*

Pantau keadaan bayi dan pastikan bahwa bayi bernapas dengan baik (40-60 kali/menit)

(1) Jika bayi sulit bernapas, merintih atau retraksi, diresusitasi dan segera merujuk ke rumah sakit

(2) Jika bayi bernapas terlalu cepat atau sesak napas, segera rujuk ke rumah sakit rujukan

(3) Jika kaki teraba dingin, pastikan ruangan hangat. Lakukan kembali kontak kulit ibu-bayi dan hangatkan ibu-bayi dalam satu selimut

o) Kebersihan dan Keamanan

*Langkah 48*

Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah didekontaminasi

*Langkah 49*

Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai

*Langkah 50*

Bersihkan ibu dari paparan darah dan cairan tubuh dengan menggunakan air DTT. Bersihkan cairan ketuban, lendir dan darah di ranjang atau di sekitar ibu berbaring. Bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering

*Langkah 51*

Pastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memberikan ASI. Anjurkan keluarga untuk memberi ibu meminum dan makanan yang diinginkannya

*Langkah 52*

Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%

*Langkah 53*

Celupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%, lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit

*Langkah 54*

Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan tangan dengan tisu atau handuk pribadi yang bersih dan kering

*Langkah 55*

Pakai sarung tangan bersih/DTT untuk melakukan pemeriksaan fisik bayi

*Langkah 56*

Lakukan pemeriksaan fisik bayi baru lahir. Pastikan kondisi bayi baik, pernapasan normal (40-60 kali/menit) dan temperatur tubuh normal (36,5 – 37,5°C) setiap 15 menit

*Langkah 57*

Setelah 1 jam pemberian vitamin K<sub>1</sub>, berikan suntikan Hepatitis B di paha kanan bawah lateral. Letakkan bayi di dalam jangkauan ibu agar sewaktu-waktu dapat disusukan

*Langkah 58*

Lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam didalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit

*Langkah 59*

Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan dengan tisu atau handuk pribadi yang bersih dan kering

p) Dokumentasi

*Langkah 60*

Lengkapi partograf (halaman depan dan belakang), periksa tanda vital dan asuhan Kala IV Persalinan.

3. Asuhan Kebidanan Pada Bayi Baru Lahir

a. Pengkajian/ Pengumpulan Data Dasar]

1) Data Subyektif

Data subyektif didapatkan dari hasil wawancara atau anamnesa dengan orangtua bayi, keluarga atau petugas kesehatan, data subyektif yang perlu dikaji antara lain:

a) Menanyakan identitas neonatus, meliputi:

(1) Nama bayi ditulis dengan nama ibu, misal bayi Ny. Nina,



(2) Tanggal dan Jam Lahir

(3) Jenis Kelamin

b) Identitas orangtua yang meliputi :

(1) Nama ibu dan nama ayah

Mengetahui nama klien dan suami berguna untuk memperlancar komunikasi dalam asuhan sehingga tidak terlihat kaku dan lebih akrab.

(2) Umur ibu dan ayah

Umur perlu diketahui guna mengetahui apakah klien dalam kehamilan yang berisiko atau tidak. Usia dibawah 16 tahun dan diatas 35 tahun merupakan umur-umur yang berisiko tinggi untuk hamil dan persiapan untuk menjadi orangtua. Umur yang baik untuk kehamilan maupun persalinan dan kesiapan menjadi orangtua adalah 19 tahun-25 tahun.

(3) Agama ibu dan ayah

Tanyakan pilihan agama klien dan berbagai praktik terkait agama yang harus diobservasi

(4) Suku Ibu dan Ayah

Ras, etnis dan keturunan harus diidentifikasi dalam rangka memberikan perawatan yang peka budaya kepada klien.

(5) Pendidikan Ibu dan Ayah

Tanyakan pendidikan tertinggi yang klien tamatkan juga minat, hobi dan tujuan jangka panjang. Informasi ini membantu klinisi memahami klien sebagai individu dan memberi gambaran kemampuan baca tulisnya.

(6) Pekerjaan Ibu dan Ayah

Mengetahui pekerjaan klien adalah penting untuk mengetahui apakah klien berada dalam keadaan utuh dan untuk mengkaji potensi kelahiran, prematur dan pajanan terhadap bahaya lingkungan kerja yang dapat mengganggu pertumbuhan dan perkembangan bayi baru lahir.

(7) Alamat Ibu dan Ayah

Alamat rumah klien perlu diketahui bidan untuk lebih memudahkan dan untuk mengetahui jarak rumah dengan tempat rujukan

c) Menanyakan riwayat kehamilan sekarang

Menanyakan riwayat kehamilan, persalinan dan nifas sekarang yang meliputi: apakah selama kehamilan ibu mengkonsumsi obat-obatan selain dari tenaga kesehatan, apakah ibu mengkonsumsi jamu, menanyakan keluhan ibu selama kehamilan, apakah persalinannya spontan, apakah persalinan dengan tindakan atau operasi, apakah mengalami perdarahan atau kelainan selama persalinan, apakah saat ini ibu mengalami kelainan nifas, apakah terjadi perdarahan.

c) Menanyakan riwayat intranatal

Menanyakan riwayat intranatal yang meliputi apakah bayi mengalami gawat janin, apakah dapat bernapas spontan segera setelah bayi lahir.

2) Objektif

Data obyektif diperoleh dari hasil observasi, pengukuran, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang (laboratorium, radiologi, dll). Menurut Wahyuni (2012), data obyektif yang perlu dikaji antara lain:

a) Periksa keadaan umum

- (1) Ukuran secara keseluruhan (perbandingan tubuh bayi proporsional/tidak).
- (2) Kepala, badan, dan ekstremitas
- (3) Tonus otot, tingkat aktivitas (gerakan bayi aktif atau tidak)
- (4) Warna kulit dan bibir (kemerahan/kebiruan)
- (5) Tangis bayi
- b) Periksa tanda vital
  - (1) Periksa laju napas dihitung selama 1 menit penuh dengan mengamati naik turun dinding dada dan abdomen secara bersamaan. Laju napas normal 40-60 x/menit.
  - (2) Periksa laju jantung menggunakan stetoskop dapat didengar dengan jelas. Dihitung selama 1 menit. Laju jantung normal 120-160 x/menit.
  - (3) Suhu tubuh bayi baru lahir normalnya 36,5-37,5°C diukur dengan termometer di daerah aksila bayi
- c) Lakukan penimbangan
 

Letakkan kain dan atur skala timbangan ke titik nol sebelum penimbangan. Hasil timbangan dikurangi dengan berat alas dan pembungkus bayi.
- d) Lakukan pengukuran panjang badan
 

Letakkan bayi di tempat datar. Ukur panjang badan bayi menggunakan alat pengukur panjang badan dari kepala sampai tumit dengan kaki/badan bayi diluruskan.
- e) Ukur lingkar kepala
 

Pengukuran dilakukan dari dahi kemudian melingkari kepala kembali ke dahi
- f) Periksa kepala
 

Periksa ubun-ubun, sutura/molase, pembengkakan/daerah yang mencekung
- g) Ukur lingkar lengan atas
 

Pengukuran dilakukan pada pertengahan lengan bayi
- h) Periksa telinga
  - (1) Periksa hubungan letak mata dan kepala. Tatap wajahnya, bayangkan sebuah garis melintas kedua matanya.
  - (2) Bunyikan bel/suara, apabila terjadi refleks terkejut maka pendengaran baik, apabila tidak terjadi refleks kemungkinan mengalami gangguan pendengaran.
- i) Periksa mata
  - (1) Bersihkan kedua mata bayi dengan kapas.

- (2) Buka mata bayi dan lihat apakah ada tanda infeksi/pus serta kelainan pada mata.
- j) Periksa hidung dan mulut
  - (1) Apakah bayi dapat bernapas dengan mudah melalui hidung/ada hambatan.
  - (2) Lakukan pemeriksaan pada bibir dan langit, refleks isap dinilai dengan mengamati pada saat bayi menyusui. Perhatikan adanya kelainan kongenital.
- l) Periksa leher
 

Amati apakah ada pembengkakan atau benjolan serta amati juga pergerakan leher.
- i) Periksa dada
  - (1) Periksa bentuk dada, puting, bunyi napas, dan bunyi jantung.
  - (2) Ukur lingkaran dada dari daerah dada ke punggung kembali ke dada (pengukuran dilakukan melalui kedua puting susu).
- m) Periksa bahu, lengan dan tangan
  - (1) Sentuh telapak tangan bayi dengan jari anda dan hitung jumlah jari tangan bayi
  - (2) Bayi akan menggenggam tangan anda kuat-kuat sehingga tubuhnya terangkat naik
- n) Periksa sistem saraf, adanya refleks *morro*

Pemeriksa bertepuk tangan, jika terkejut bayi akan membuka telapak tangannya seperti akan mengambil sesuatu.
- o) Periksa perut bayi
 

Perhatikan bentuk, penonjolan sekitar tali pusat, perdarahan tali pusat, dan benjolan di perut bayi.
- p) Periksa alat kelamin
  - (1) Untuk laki-laki, periksa apakah kedua testis sudah berada dalam skrotum dan penis berluang diujungnya.
  - (2) Untuk bayi perempuan periksa labia mayora dan minora, apakah vagina dan uretra berlubang.
- q) Periksa tungkai dan kaki
 

Perhatikan bentuk, gerakan, dan jumlah jari.
- r) Periksa punggung dan anus bayi

Letakkan bayi dalam posisi telungkup, raba sepanjang tulang belakang untuk mencari ada tidaknya kelainan. Periksa juga lubang anus.

s) Periksa kulit bayi

Perhatikan *vernix caseosa* (tidak perlu dibersihkan karena menjaga kehangatan tubuh), warna kulit, pembengkakan, bercak hitam dan tanda lahir.

b. Interpretasi Data (Diagnosa/ Masalah Kebidanan)

Dikembangkan dari data dasar: interpretasi dari data ke masalah atau diagnosa khusus yang teridentifikasi. Kedua kata masalah maupun diagnosa dipakai, karena beberapa masalah tidak dapat didefinisikan sebagai diagnosa tetapi tetap perlu dipertimbangkan untuk membuat wacana yang menyeluruh untuk pasien.

Diagnosa : Bayi umur (sebutkan gestasinya).....

(Diagnosa : Neonatus Cukup bulan sesuai masa kehamilan usia 1 hari)

Masalah : disesuaikan dengan kondisi ( rewel, kurang minum)

c. Antisipasi Masalah Potensial

Mengidentifikasi diagnosis atau masalah potensial yang mungkin akan terjadi berdasarkan diagnosis atau masalah yang sudah diidentifikasi.

d. Tindakan Segera

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan atau ada hal yang perlu dikonsultasi atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan lain sesuai kondisi bayi.

- e. Perencanaan  
Membuat rencana tindakan saat ini atau yang akan datang untuk mengupayakan tercapainya kondisi pasien yang mungkin atau menjaga/mempertahankan kesejahteraannya berupa perencanaan, apa yang dilakukan dan evaluasi berdasarkan diagnosa. Evaluasi rencana didalamnya termasuk asuhan mandiri, kolaborasi, test diagnostik/laboratorium, konseling dan follow up.
  - f. Pelaksanaan  
Melaksanakan perencanaan asuhan menyeluruh, mengarahkan atau melaksanakan rencana asuhan secara efektif dan aman.
  - g. Evaluasi  
Langkah terakhir ini sebenarnya merupakan evaluasi atas keefektifan asuhan yang sudah diberik
4. Asuhan Kebidanan Nifas
- a. Subyektif
    - 1) Identitas
      - a) Nama  
Untuk membedakan atau menetapkan identitas pasti pasien karena mungkin memiliki nama yang sama (Manuaba, 2007).
      - b) Umur  
Umur di bawah 16 tahun atau diatas 35 tahun merupakan batas awal dan akhir reproduksi yang sehat (Manuaba, 2007).
      - c) Suku/bangsa  
Untuk mengetahui latar belakang sosial budaya yang mempengaruhi kesehatan ibu, adat istiadat atau kebiasaan sehari-hari (Bobak, 2004).
      - d) Pekerjaan  
Untuk mengetahui sejauh mana pengaruh kesehatan dan juga pembiayaan.
      - e) Agama  
Dicatat karena berpengaruh dalam kehidupan termasuk kesehatan, di samping itu memudahkan melakukan pendekatan dan melakukan asuhan kebidanan.
      - f) Pendidikan  
Perlu untuk mengetahui tingkat pengetahuan dan intelektualitas pasien.
      - g) Status perkawinan

Untuk mengetahui kemungkinan pengaruh status perkawinan terhadap masalah kesehatan.

**2) Keluhan utama**

Untuk mengetahui masalah yang dihadapi yang berkaitan dengan masa nifas, misalnya pasien merasa mules, sakit pada jalan lahir karena adanya jahitan pada perineum (Ambarwati dan Wulandari, 2010).

**3) Riwayat obstetri**

**a) Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu**

Berapa kali ibu hamil, apakah pernah abortus, jumlah anak, cara persalinan, keadaan nifas yang lalu. (Ambarwati dan Wulandari, 2010).

**b) Riwayat persalinan sekarang**

Tanggal persalinan, jenis persalinan, jenis kelamin anak, keadaan bayi meliputi PB, BB, penolong persalinan. Hal ini perlu dikaji untuk mengetahui apakah proses persalinan mengalami kelainan atau tidak yang bisa berpengaruh pada masa nifas saat ini (Ambarwati dan Wulandari, 2010).

**4) Riwayat KB**

Untuk mengetahui apakah pasien pernah ikut KB dengan kontrasepsi jenis apa, berapa lama, adakah keluhan selama menggunakan kontrasepsi serta rencana KB setelah masa nifas ini dan beralih ke kontrasepsi apa. (Ambarwati dan Wulandari, 2010).

**5) Riwayat kesehatan klien**

**a) Riwayat kesehatan yang lalu**

Data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya riwayat atau penyakit akut, kronis seperti jantung, DM, hipertensi, asma yang dapat mempengaruhi pada masa nifas ini (Ambarwati dan Wulandari, 2010).

**b) Riwayat kesehatan sekarang**

Data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya penyakit yang diderita pada saat ini yang ada hubungannya

dengan masa nifas dan bayinya (Ambarwati dan Wulandari, 2010).

6) Riwayat kesehatan keluarga

Data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya pengaruh penyakit keluarga terhadap gangguan kesehatan pasien dan bayinya, yaitu apabila ada penyakit keluarga yang menyertainya (Ambarwati dan Wulandari, 2010).

7) Data fungsional kebidanan

a) Nutrisi

Ibu nifas harus banyak mengonsumsi makanan yang banyak mengandung protein, mineral dan vitamin karena penting untuk memulihkan dan meningkatkan kesehatan serta produksi ASI, porsi makan ibu nifas 2 kali lebih banyak dari pada porsi makan ibu sebelum hamil, makanan terdiri dari nasi, sayur, lauk pauk serta dapat ditambah buah dan susu. Minum sedikitnya 2-3 liter air setiap hari (Syarifuddin, 2002).

Menggambarkan tentang pola makan dan minum, frekuensi, banyaknya, jenis makanan, makanan pantangan (Ambarwati dan Wulandari, 2010).

b) Eliminasi

Menggambarkan pola fungsi sekresi yaitu kebiasaan buang air besar meliputi frekuensi, jumlah, konsistensi dan bau serta kebiasaan buang kecil meliputi frekuensi, warna, jumlah (Ambarwati dan Wulandari, 2010).

c) Istirahat

Menggambarkan pola istirahat dan tidur pasien, berapa jam pasien tidur, kebiasaan sebelum tidur misalnya membaca, mendengarkan musik, kebiasaan mengonsumsi obat tidur, kebiasaan tidur siang, penggunaan waktu luang. Istirahat sangat penting bagi ibu masa nifas karena dengan istirahat yang cukup dapat mempercepat penyembuhan (Ambarwati dan Wulandari, 2010).

d) Personal hygiene



Dikaji untuk mengetahui apakah ibu selalu menjaga kebersihan tubuh terutama pada daerah genitalia, karena pada masa nifas masih mengeluarkan lochea (Ambarwati dan Wulandari, 2010).

e) Aktivitas

Menggambarkan pola aktivitas pasien sehari-hari. Pada pola ini dikaji pengaruh aktivitas terhadap kesehatan. Mobilisasi dini mungkin dapat mempercepat proses pengembalian alat-alat reproduksi. Apakah ibu melakukan ambulasi, seberapa sering, apakah kesulitan, dengan bantuan atau sendiri, apakah ibu pusing ketika melakukan ambulasi (Ambarwati dan Wulandari, 2010).

8) Riwayat psikososial budaya

Untuk mengetahui respon ibu dan keluarga terhadap bayinya. Wanita mengalami banyak perubahan emosi/ psikologis selama masa nifas sementara ia menyesuaikan diri menjadi seorang ibu. (Ambarwati dan Wulandari, 2010).

b. Obyektif

Dalam menghadapi masa nifas dari seorang klien, seorang bidan harus mengumpulkan data untuk memastikan bahwa keadaan klien dalam keadaan stabil (Ambarwati dan Wulandari, 2010). Yang termasuk dalam komponen-komponen pengkajian data objektif adalah :

1) Pemeriksaan umum

Pemeriksaan umum meliputi pemeriksaan tanda-tanda vital. Ditujukan untuk mengetahui keadaan ibu berkaitan dengan kondisi yang dialaminya (Ambarwati dan Wulandari, 2010).

a) Temperatur/suhu

Peningkatan suhu badan mencapai pada 24 jam pertama pada masa nifas pada umumnya disebabkan oleh dehidrasi, yang disebabkan oleh keluarnya cairan pada waktu melahirkan, selain itu bisa juga menyebabkan karena istirahat dan tidur yang diperpanjang selama awal persalinan. Tetapi pada umumnya setelah 12 jam post partum suhu tubuh kembali normal. Kenaikan suhu yang mencapai  $> 38^{\circ}\text{C}$  adalah mengarah ke tanda-tanda infeksi (Ambarwati dan Wulandari, 2010).

b) Nadi dan pernafasan

Nadi berkisar antara 60-80x/menit. Denyut nadi diatas 100x/menit pada masa nifas adalah mengindikasikan adanya suatu infeksi, hal ini salah satunya bisa diakibatkan oleh proses persalinan sulit atau karena kehilangan darah yang berlebihan. Jika takikardi tidak disertai panas kemungkinan disebabkan karena adanya vitium kordis. Pernapasan harus berada dalam rentang yang normal, yaitu sekitar 20-30x/menit (Ambarwati dan Wulandari, 2010).

c) Tekanan darah

Pada beberapa kasus ditemukan beberapa keadaan hipertensi postpartum, tetapi keadaan ini akan menghilang dengan sendirinya apabila tidak ada penyakit-penyakit lain yang menyertainya dalam 2 bulan pengobatan (Ambarwati dan Wulandari, 2010).

2) Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik dari ujung rambut sampai ujung kaki..

a) Muka : tidak pucat, tidak oedema

b) Mata : simetris, konjungtiva tidak pucat, sklera tidak ikterik

c) Leher : tidak ada pembengkakan vena jugularis dan kelenjartiroid.

d) Keadaan buah dada dan puting susu : Simetris/tidak, konsistensi, ada pembengkakan/tidak, puting menonjol/tidak, lecet/tidak

e) Keadaan abdomen

(1) Uterus : normal (kokoh, berkontraksi baik, tidak beradadiatas ketinggian fundal saat masa nifas segera), abnormal (lembek, diatas ketinggian fundal saat masa post partum segera).

(2) Kandung kemih : bisa buang air/ tidak

6) Keadaan genitalia

(1) Lochea

(a) Normal : merah hitam (lochea rubra), bau biasa, tidak ada beuan darah atau butir-butir darah beku (ukuranjeruk kecil), jumlah perdarahan yang ringan atau sedikit(hanya perlu mengganti pembalut setiap 3-5 jam).

(b) Abnormal: merah terang, bau busuk, mengeluarkan darah beku, perdarahan berat (memerlukan penggantian pembalut setiap 0-2 jam)

2) Keadaan perineum: oedema, hematoma, bekas luka episiotomi/robekan, hecting.

(3) Keadaan anus : hemorroid

(4) Keadaan ekstremitas : varices, oedema, refleks patella.

3) Pemeriksaan penunjang/laboratorium

Untuk membantu menegakkan diagnosa pasien yang terdiri dari pemeriksaan Hb, golongan darah. Tes darah untuk mengetahui kadar Hb darah sehingga bisa mencegah terjadinya anemia dan untuk memudahkan bila dibutuhkan donor darah.

c. Assesmen/ Analisa

1) Diagnosa kebidanan

Diagnosa dapat ditegakan yang berkaitan dengan para, abortus, anak hidup, umur ibu dan keadaan nifas.

2) Masalah

Permasalahan yang muncul berdasarkan pernyataan pasien.

Data dasar meliputi:

a) Data subyektif : data yang didapat dari hasil anamnesa pasien.

b) Data objektif : data yang didapat dari hasil pemeriksaan

d. Penatalaksanaan

Tahap ini merupakan gabungan dari tahap perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

5. Asuhan Kebidanan Kb

1. Subyektif

1) Biodata Pasien

a) Nama

Nama jelas dan lengkap, bila perlu nama panggilan sehari-hari agar tidak keliru dalam memberikan penanganan.

b) Umur

Umur yang ideal (usia reproduksi sehat) adalah umur 20-35 tahun, sedangkan pemilihan kontrasepsi sesuai umur istri pada fase ini adalah menjarangkan kehamilan. Dengan resiko yang makin meningkat bila usia dibawah 20 tahun maka pada fase ini kehamilan sebaiknya ditunda sedangkan usia diatas 35 tahun rentan sekali dengan masalah kesehatan reproduksi, sehingga kehamilan sebaiknya diakhiri. (Panduan Praktis Pelayanan kontrasepsi, 2010)

c) Agama

Agama pasien untuk mengetahui keyakinan pasien tersebut untuk membimbing atau mengarahkan pasien dalam berdoa.

d) Suku/bangsa

Suku pasien berpengaruh pada ada istiadat atau kebiasaan sehari-hari.

e) Pendidikan

Pendidikan pasien berpengaruh dalam tindakan kebidanan dan untuk mengetahui sejauh mana tingkat intelektualnya, sehingga bidan dapat memberikan konseling sesuai dengan pendidikannya.

f) Pekerjaan

Pekerjaan pasien berpengaruh pada kesehatan reproduksi. Misalnya :bekerja dipabrik rokok, petugas rontgen.

g) Alamat

Alamat pasien dikaji untuk mempermudah kunjungan rumah bila diperlukan.

- 2) Kunjungan saat ini: kunjungan pertama atau kunjungan ulang.
- 3) Keluhan utama : keluhan utama dikaji untuk mengetahui keluhan yang dirasakan pasien saat ini.
- 4) Riwayat perkawinan: untuk mengetahui status perkawinan syah atau tidak, sudah berapa lama pasien menikah, berapa kali menikah, berapa umur pasien dan suami saat menikah, sehingga dapat diketahui pasien masuk dalam infertilitas sekunder atau bukan.
- 5) Riwayat menstruasi: dikaji haid terakhir, menarche umur berapa, siklus haid, lama haid, sifat darah haid, dismenorhe atau tidak, *flour albus* atau tidak.
- 6) Riwayat kehamilan persalinan dan nifas yang lalu: jika ibu pernah melahirkan apakah memiliki riwayat kelahiran normal atau patologis, berapa kali ibu hamil, apakah pernah abortus, jumlah anak, cara persalinan yang lalu, penolong persalinan, keadaan nifas yang lalu.
- 7) Riwayat kontrasepsi yang di gunakan: untuk mengetahui apakah ibu sudah menjadi akseptor KB

lain sebelum menggunakan KB yang sekarang dan sudah berapa lama menjadi aseptik KB tersebut.

8) Riwayat kesehatan :

- a) Penyakit sistemik yang pernah atau sedang diderita : untuk mengetahui apakah pasien pernah menderita penyakit yang memungkinkan ia tidak bisa menggunakan metode KB tertentu.
- b) Penyakit yang pernah atau sedang diderita keluarga : untuk mengetahui apakah keluarga pasien pernah menderita penyakit keturunan.
- c) Riwayat penyakit ginekologi: untuk mengetahui pernah menderita penyakit yang berhubungan dengan alat reproduksi.

9) Pola pemenuhan kebutuhan sehari-hari

- a) Pola nutrisi : Menggambarkan tentang pola makan dan minum, frekuensi, banyaknya, jenis makanan, dan makanan pantangan, atau terdapatnya alergi.

b) Pola eliminasi

Dikaji untuk mengetahui tentang BAB dan BAK, baik frekuensi dan pola sehari-hari.

c) Pola aktifitas

Untuk menggambarkan pola aktifitas pasien sehari-hari, yang perlu dikaji pola aktifitas pasien terhadap kesehatannya.

d) Istirahat/tidur

Untuk mengetahui pola tidur serta lamanya tidur

e) Seksualitas

Dikaji apakah ada keluhan atau gangguan dalam melakukan hubungan seksual.

f) *Personal hygiene*

Yang perlu dikaji adalah mandi berapa kali, gosok gigi, keramas, bagaimana kebersihan lingkungan apakah memenuhi syarat kesehatan.

10) Keadaan psikososial Spiritual

a) Psikologi: yang perlu dikaji adalah keadaan psikologi ibu dalam hubunganmya dengan suami, keluarga dan tetangga, serta bagaimana pandangan suami dengan alat kontrasepsi yang dipilih, apakah mendapatkan dukungan atau tidak.

b) Sosial: yang perlu dikaji adalah bagaimana pandangan masyarakat terhadap alat kontrasepsi.

c) Spiritual: apakah agama melarang penggunaan kontrasepsi tertentu.

**2. Obyektif**

1) Pemeriksaan fisik

a) Keadaan umum: dilakukan untuk mengetahui keadaan umum kesehatan klien.

b) Tanda-tanda vital

(1) Tekanan darah: tekanan darah normal adalah 110-130 MmHg.

(2) Nadi: nadi normal adalah 60-80x/menit.

- (3) Pernapasan: suplai oksigen ke sel-sel tubuh dan membuang CO<sub>2</sub> keluar dari sel tubuh, normalnya 20-30x/menit.
- (4) Suhu: derajat panas yang dipertahankan oleh tubuh dan diatur oleh hipotalamus/dipertahankan dalam batas normal 37,5-38°C.
- c) Berat badan: mengetahui berat badan pasien sebelum dan sesudah menggunakan alat kontrasepsi.
- d) Kepala :Pemeriksaan dilakukan inspeksi dan palpasi, dilakukan dengan memperhatikan bentuk kepala abnormal, distribusi rambut bervariasi pada setiap orang, kulit kepala dikaji dari adanya peradangan, luka maupun tumor
- Mata : untuk mengetahui bentuk dan fungsi mata teknik yang digunakan inspeksi dan palpasi, mata yang diperiksa simetris apa tidak, kelopak mata cekung atau tidak, konjungtiva anemis atau tidak, sklera ikterik atau tidak
  - Hidung :diperiksa untuk mengetahui ada polip atau tidak
  - Mulut : untuk mengetahui apakah ada stomatitis atau tidak, ada caries dentis atau tidak
  - Telinga : untuk mengetahui ada infeksi atau tidak, seperti OMA atau OMP



- e) Leher : apakah ada pembesaran kelenjar limfe dan tiroid
  - f) Ketiak : apakah ada pembesaran kelenjar limfe atau tidak
  - g) Dada : untuk mengetahui dada simetris atau tidak, ada retraksi respirasi atau tidak.
  - h) Payudara: untuk mengetahui apakah ada kelainan pada bentuk payudara seperti benjolan abnormal atau tidak.
  - i) Abdomen: untuk mengkaji adanya distensi, nyeri tekan dan adanya massa, apakah ada pembesaran dan konsistensi, apakah ada bekas operasi pada daerah abdomen atau tidak.
  - j) Pinggang: untuk mengetahui adanya nyeri tekan waktu diperiksa atau tidak.
  - k) Genitalia : dikaji apakah adanya kandidomakuminata dan diraba adanya infeksi kelenjar bartolini dan skiene atau tidak.
  - l) Anus : apakah pada saat inspeksi ada hemoroid/tidak
  - m) Ekstremitas :diperiksa apakah varices atau tidak, ada oedema atau tidak.
- 2) Pemeriksaan penunjang : dikaji untuk menegakkan diagnosa

### c. Analisa

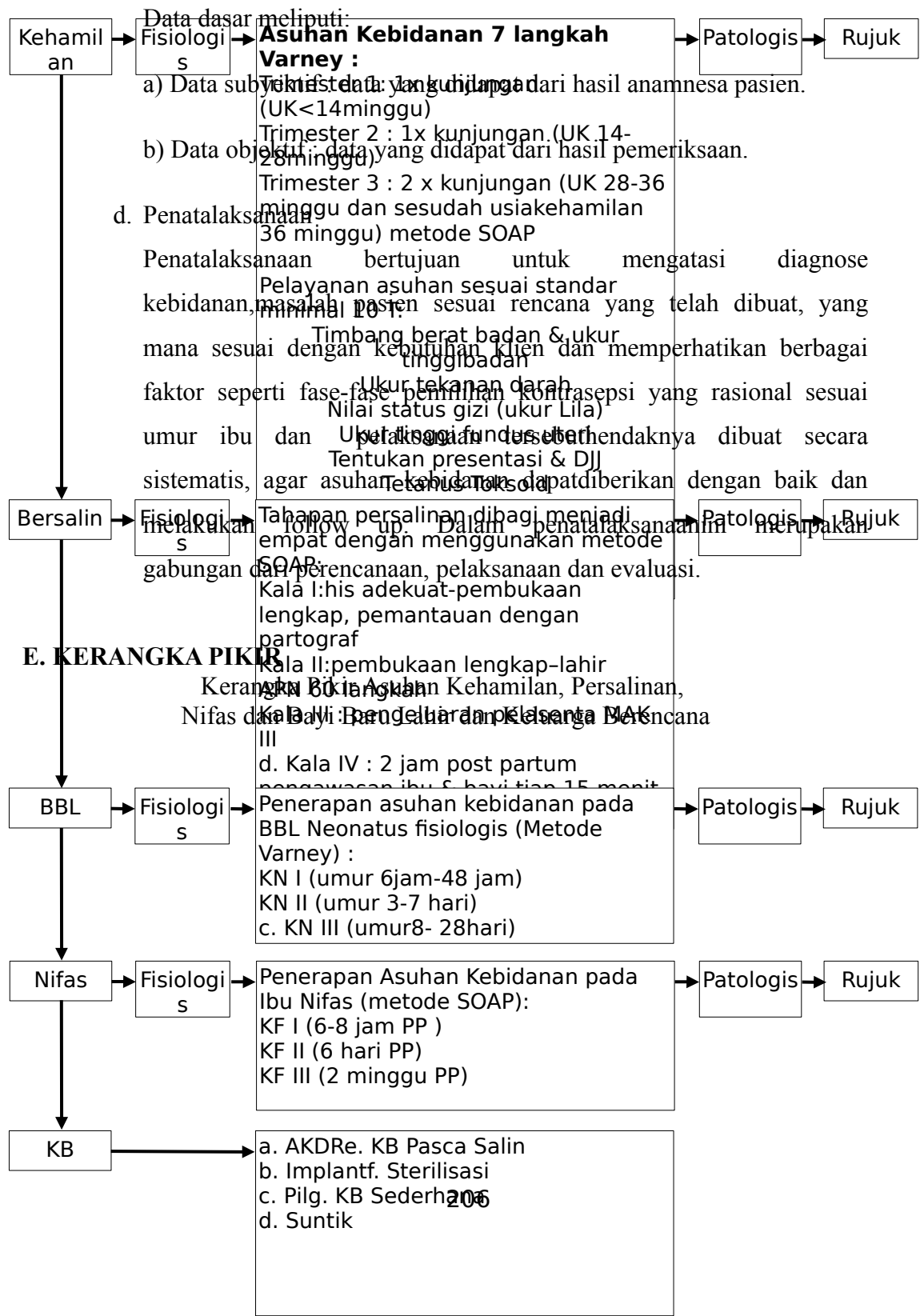
Analisa dibentuk dari data dasar, dalam hal ini dapat berupa diagnosa kebidanan, masalah dan keadaan pasien.(Arum dan Sujiyati, 2011).

- 1) Diagnosa kebidanan

Diagnosa dapat ditegakkan yang berkaitan dengan para, abortus, anak hidup, umur ibu dan keadaan nifas.

## 2) Masalah

Permasalahan yang muncul berdasarkan pernyataan pasien.



## **BAB III**

### **BAB III**

#### **METODE LAPORAN KASUS**

##### **A. Jenis Kerangka Kasus**

Penelitian tentang studi kasus asuhan kebidanan komprehensif di Puskesmas Pembantu Tenau, dilakukan dengan menggunakan metode studi penelaahan kasus yang terdiri dari unit tunggal, yang berarti penelitian ini dilakukan kepada seorang ibu dalam menjalani masa kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir dan KB. Penelitian tentang studi kasus asuhan kebidanan komprehensif Ny. D. S umur 28 tahun, G<sub>3</sub>P<sub>0</sub>A<sub>3</sub>, UK 29 minggu 1 hari, janin tunggal, hidup, letak kepala, intrauterin, keadaan ibu dan janin baik dilakukan dengan metode penelitian dengan cara meneliti suatu permasalahan melalui suatu kasus yang terdiri dari unit tunggal (Notoatmodjo, 2012).

**B. Lokasi dan Waktu**

1) Waktu

Peneliti merencanakan untuk melakukan penelitian pada tanggal 18 Februari sampai 18 Mei 2019

2) Tempat penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di wilayah kerja Puskesmas Pembantu Tenau pada tanggal 18 Februari sampai 18 Mei 2019.

**C. Subyek Laporan Kasus**

1) Populasi

Dalam penelitian ini populasinya adalah seluruh ibu hamil trimester III yang berada di wilayah kerja Puskesmas Pembantu Tenau.

2) Sampel

Dalam penelitian ini yang memenuhi kriteria inklusi adalah satu ibu hamil trimester III (UK 32-42 minggu) yang berada dalam wilayah kerja Puskesmas Pembantu Tenau serta bersedia menjadi sampel.

**D. Instrument Laporan Kasus**

Instrumen adalah alat atau fasilitas yang digunakan oleh peneliti dalam mengumpulkan data (Ari Setiawan dan Saryono, 2011). Instrumen penelitian ini dapat berupa kuisisioner (daftar pertanyaan), formulir observasi,

formulir-formulir lainnya yang berkaitan dengan pencatatan dan pelaporan (Notoatmodjo, 2010). Penulisan studi kasus ini, penulis menggunakan instrument format pengkajian SOAP yaitu format pengkajian ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas, bayi baru lahir (BBL). Instrumen yang digunakan untuk melakukan pelaporan studi kasus terdiri atas alat dan bahan.

Alat dan bahan yang dibutuhkan dalam pengambilan data antara lain :

1) Wawancara

Alat yang digunakan untuk wawancara meliputi:

- a) Format pengkajian ibu hamil, ibu bersalin, bayi baru lahir, ibu nifas dan keluarga berencana.
- b) KMS.
- c) Buku tulis.
- d) Bolpoin dan penggaris.

2) Observasi.

Alat dan bahan yang digunakan meliputi:

- a) Tensimeter.
- b) Stetoskop.
- c) Thermometer.
- d) Timbang berat badan.
- e) Alat pengukur tinggi badan.
- f) Pita pengukur lingkar lengan atas.
- g) Jam tangan dengan penunjuk detik.
- h) Alat pengukur Hb : Set Hb sahli, kapas kering dan kapas alcohol, HCL 0,5 % dan aquades, sarung tangan, Lanset.

3) Dokumentasi.

Alat dan bahan untuk dokumentasi meliputi:

- a) Status atau catatan pasien.
- b) Alat tulis.

**E. Teknik Pengumpulan Data**

1) Data Primer

Data primer adalah data yang dikumpulkan oleh peneliti sendiri (Riyanto, 2011). Data primer penulis peroleh dengan mengamati secara langsung pada pasien di Puskesmas Kupang Kota dan di rumah pasien, dengan menggunakan teknik sebagai berikut :

a) Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik digunakan untuk mengetahui keadaan fisik pasien secara sistematis dalam hal ini dilakukan pemeriksaan *head to toe* (pemeriksaan dari kepala sampai kaki) dengan cara:

(1) Inspeksi

Inspeksi adalah pemeriksaan dilakukan dengan cara melihat bagian tubuh yang diperiksa melalui pengamatan. Fokus inspeksi pada bagian tubuh meliputi ukuran tubuh, warna, bentuk, posisi, simetris (Marmi, 2011). Inspeksi pada kasus ini dilakukan secara berurutan mulai dari kepala sampai ke kaki.

(2) Palpasi.

Palpasi adalah suatu teknik yang menggunakan indra peraba tangan dan jari dalam hal ini palpasi dilakukan untuk memeriksa keadaan fundus uteri dan kontraksi (Marmi, 2011). Pada kasus ini pemeriksaan Leopold meliputi nadi, Leopold I, Leopold II, III, dan IV.

(3) Perkusi.

Perkusi adalah pemeriksaan dengan cara mengetuk bagian tubuh tertentu untuk membandingkan dengan bagian tubuh kiri kanan dengan tujuan menghasilkan suara, perkusi bertujuan untuk mengidentifikasi lokasi, ukuran dan konsistensi jaringan (Marmi, 2011). Pada laporan kasus dilakukan pemeriksaan reflex patella kanan-kiri.

(4) Auskultasi.

Auskultasi adalah pemeriksaan dengan cara mendengar suara yang dihasilkan oleh tubuh dengan menggunakan stetoskop.

Hal-hal yang didengarkan adalah bunyi jantung, suara nafas dan bising usus (Marmi, 2011). Pada kasus ibu hamil dengan pemeriksaan auskultasi meliputi dengan pemeriksaan tekanan darah dan detak jantung janin. (Marmi, 2011).

b) Interview (wawancara)

Interview (wawancara) adalah suatu metode yang digunakan untuk mengumpulkan data, dimana peneliti atau pewawancara mendapat keterangan secara lisan dari ibu hamil trimester III (responden), atau bercakap-cakap berhadapan muka dengan ibu tersebut (*face to face*) (Notoatmodjo, 2010). Kasus ini wawancara dilakukan dengan responden, keluarga pasien dan bidan.

c) Observasi (pengamatan)

Observasi (pengamatan) adalah suatu prosedur yang terencana, yang meliputi melihat dan mencatat fenomena tertentu yang berhubungan dengan masalah pada ibu hamil trimester III (Hermawanto, 2010). Hal ini observasi (pengamatan) dapat berupa pemeriksaan umum, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang.

Terlihat pada laporan kasus ini akan dilakukan pemeriksaan umum, pemeriksaan tanda-tanda vital, pemeriksaan Hb dalam buku KIA (Kesehatan Ibu dan Anak) masa antenatal yaitu ibu trimester III, pengawasan persalinan ibu pada kala I,II,III,dan kala IV dengan menggunakan partograf, pengawasan ibu postpartum dengan menggunakan buku KIA (Kesehatan Ibu dan Anak).

2) Data Sekunder

Data ini diperoleh dari instansi terkait (Puskesmas Pembantu tenau) yang ada hubungan dengan masalah yang ditemukan, maka penulis mengambil data dengan studi dokumentasi yaitu buku KIA, kartu ibu, register, kohort, dan pemeriksaan laboratorium (*haemoglobin*).

**F. Keabsahan Data**

Keabsahan data dengan menggunakan triangulasi data, dimana triangulasi data merupakan teknik pengumpulan data yang bersifat menggabungkan dari berbagai teknik pengumpulan data dan sumber data yang telah ada. Triangulasi data ini penulis mengumpulkan data dari sumber data yang berbeda-beda yaitu dengan cara:

1) Observasi

Uji validitas dengan pemeriksaan fisik *inspeksi* (melihat), *palpasi* (meraba), *auskultasi* (mendengar), dan pemeriksaan penunjang.

2) Wawancara

Uji validitas data dengan wawancara pasien, keluarga (suami), dan bidan.

3) Studi dokumentasi

Uji validitas data dengan menggunakan dokumen bidan yang ada yaitu buku KIA, kartu ibu dan register kohort.

#### **G. Etika Penelitian**

Dalam melakukan penelitian, peneliti harus memperhatikan etika dan penulis juga mempertahankan prinsip etika dalam mengumpulkan data (Notoatmodjo,2010) meliputi :

1) Hak untuk *Self Determination*

Memberikan otonomi kepada subyek penelitian untuk membuat keputusan secara sadar, bebas dari paksaan untuk berpartisipasi dan tidak berpartisipasi dalam penelitian ini atau untuk menarik diri dari penelitian ini.

2) Hak *Privacy* dan martabat

Memberikan kesempatan kepada subyek penelitian untuk menentukan waktu dan situasi dimana dia terlibat. Dengan hak ini pula informasi yang diperoleh dari subjek penelitian tidak boleh dikemukakan kepada umum tanpa persetujuan dari yang bersangkutan.

3) Hak terhadap *Anonymity* dan *Confidentiality*

Hak terhadap *anonymity* dan *confidentiality* didasari atas kerahasiaan,subjek penelitian memiliki hak untuk tidak ditulis namanya



atau anonym dan memiliki hak untuk berasumsi bahwa data yang dikumpulkan akan dijaga kerahasiannya.

4) Hak untuk mendapatkan penanganan yang adil

Ketika melakukan penelitian setiap orang diberlakukan sama berdasarkan moral, martabat, dan hak asasi manusia. Hak dan kewajiban penelitian maupun subyek juga harus seimbang.

5) Hak terhadap perlindungan dari ketidaknyamanan atau kerugian.

Adanya *informed consent* maka subyek penelitian akan terlindungi dari penipuan maupun ketidakjujuran dalam penelitian tersebut. Selain itu, subyek penelitian akan terlindungi dari segala bentuk tekanan.

## **BAB IV**

### **TINJAUAN KASUS**

## **A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian**

Penelitian ini dilakukan di Puskesmas Pembantu Tenau khususnya di poli KIA/KB. Puskesmas pembantu ini terletak di Kelurahan Tenau, Kecamatan Alak, Kabupaten Kupang. Puskesmas Alak membawahi 6 Puskesmas Pembantu (Pustu) dengan jumlah 65 orang. Batas wilayah Puskesmas Pembantu Tenau yaitu Timur berbatasan dengan Kelurahan Namosain, Barat berbatasan dengan Desa Nitneo Kabupaten Kupang, Utara berbatasan Laut Kupang, Selatan berbatasan dengan Kelurahan Manulai II dan Desa Nitneo.

Ketersediaan tenaga di Puskesmas Pembantu Tenau yakni Bidan 2 orang, perawat 1 orang. Upaya pelayanan pokok Puskesmas Pembantu Tenau sebagai berikut: pelayanan KIA, KB, pengobatan dasar malaria, pengobatan dasar TB, imunisasi, kesling, penyuluhan kesehatan masyarakat, usaha perbaikan gizi, kesehatan gigi dan mulut, kesehatan usia lanjut, pencatatan dan pelaporan.

Puskesmas Pembantu Tenau juga merupakan salah satu lahan praktek klinik bagi mahasiswa Kebidanan Poltekkes Kemenkes Kupang dan mahasiswa-mahasiswa lain dari institusi yang ada di Kota Kupang.

## **B. Tinjauan Kasus**

Tinjauan kasus ini penulis akan membahas asuhan kebidanan berkelanjutan pada Ny.D. S di Puskesmas Pembantu Tenau periode tanggal 18 Februari sampai 18 Mei tahun 2019 dengan metode 7 Langkah Varney dan catatan perkembangan SOAP.

ASUHAN KEBIDANAN BERKELANJUTAN PADA NY.D.S  
DI PUSKESMAS PEMBANTU TENAU  
TANGGAL 18 FEBRUARI S/D 18 MEI 2019

Tanggal Pengkajian : 28 Februari 2019  
Tempat : Puskesmas Pembantu Tenau  
Pukul : 09.30 WITA

## **I. Pengkajian Data Subyektif dan Obyektif**

### **A. Data Subyektif**

#### **1. Identitas**

Nama Ibu	: Ny.D.S	Nama Suami	: Tn.J.T
Umur	: 28 thn	Umur	: 30 thn
Agama	: Protestan	Agama	: Protestan
Suku/bangsa	: Timor/Indonesia	Suku/bangsa	: Timor/Indonesia
Pendidikan	: SD	Pendidikan	: SD
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Swasta
Alamat	: Tenau, RT/RW 14/05		

#### **2. Alasan kunjungan :**

Ibu mengatakan hamil anak ke tiga, tidak pernah keguguran dan ingin memeriksakan kehamilannya.

#### **3. Keluhan :**

Ibu mengatakan tidak ada keluhan.

#### **4. Riwayat menstruasi :**

- a. Manarche : 15 tahun
- b. Siklus : 28 hari
- c. Banyaknya : ganti pembalut 4-5 kali/hari
- d. Lamanya : 5 hari
- e. Teratur/tidak : teratur tiap bulan
- f. Dismenorrhoe : tidak
- g. Sifat Darah : cair

#### **5. Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu**

#### **6. Riwayat Kehamilan sekarang**

Ibu mengatakan hari pertama haid terakhir (HPHT) adalah 8-08-2018 dan di perkirakan tafsiran pesalinannya (TP) adalah 15-05-2019.

Usia kehamilan sekarang adalah 29 minggu 1 hari. Selama hamil Ny.D.S memeriksakan kehamilannya di Puskesmas Pembantu Tenau sebanyak 4 kali.

a. ANC

- 1) Trimester I (0-12 minggu) : tidak dilakukan
- 2) Trimester II (13-28 minggu) : 2 kali ANC di Pustu Tenau  
 Keluhan : ibu mengatakan tidak ada keluhan  
 Nasihat : istirahat yang teratur, tingkatkan asupan nutrisi, ANC teratur.  
 Terapi : SF 30 tablet (1x1)
- 3) Trimester III (29-40 minggu) : 2 kali ANC di Pustu Tenau  
 Keluhan : ibu mengatakan tidak ada keluhan.  
 Nasihat : istirahat yang teratur, banyak jalan pagi dan sore, persiapan persalinan, ANC teratur setiap 1 minggu sekali.

7. Riwayat Kontrasepsi

Ibu mengatakan pernah menggunakan alat kontrasepsi yaitu KB suntik. Lama pemakaian 2 tahun. Ibu berhenti menggunakan KB suntuk dengan alasan ingin mempunyai anak lagi.

8. Pola Kebiasaan Sehari-hari

*Tabel 4.1*

Pola Kebiasaan Sehari-hari

Pola Kebiasaan	S	Saat Hamil
----------------	---	------------

	belum Hamil	
Nutrisi	Makan : Porsi : 3 piring/hari Komposisi : nasi, sayur, telur, tahu dan tempe Minum : Porsi : 7-8 gelas/hari Jenis: air putih Dan tidak mengkonsumsi minuman beralkohol.	Makan Porsi : 3 piring/hari Komposisi : nasi, sayur, telur, ikan, tempe dan tahu Minum Porsi : 8-9 gelas/hari Jenis : air putih dan susu Dan tidak mengkonsumsi minuman beralkohol.
Eliminasi	BAB : Frekuensi : 1 kali/hari Konsistensi : lembek Warna/bau : kuning kecoklatan/khas feses BAK : Frekuensi:3-4 kali/hari Warna/bau : kuning jernih/khas urin Keluhan Tidak ada keluhan	BAB : Frekuensi : 1 kali/hari Konsistensi : lembek Warna/bau : kuning kecoklatan/khas feses BAK : Frekuensi : 4-5 kali/hari Warna/bau : kuning/khas urin Keluhan Tidak ada keluhan
Seksualitas	Frekuensi : 2-3 kali/minggu Keluhan : tidak ada	Frekuensi : 1 kali/minggu Keluhan : tidak ada
Personal Hygiene	Mandi : 2 kali/hari Keramas : 2 kali/ minggu Sikat gigi : 2 kali/hari Perawatan payudara : tidak dilakukan Ganti pakaian : 2 kali/hari Ganti pakian dalam : 2 kali/hari	Mandi : 2 kali/hari Keramas : 2 kali/minggu Sikat gigi : 2 kali/hari Perawatan payudara : jarang dilakukan Ganti pakian : 2 kali/hari Ganti pakian dalam : 2 kali/hari
Istirahat dan Tudur	Siang : 1-2 jam/hari Malam : 7-8 jam/hari Keluhan : tidak ada	Siang : 1-2 jam/hari Malam : 7-8 jam/hari Keluhan : tidak ada
Aktivitas	Melakukan pekerjaan rumah tangga seperti memasak, mencuci, menjaga anak, menyapu dan mengepel.	Melakukan pekerjaan rumah tangga seperti memasak, mencuci, menjaga anak, menyapu dan mengepel.

## 9. Riwayat Kesehatan

### a. Riwayat penyakit sistemik yang lalu

Ibu mengatakan tidak mempunyai riwayat penyakit jantung, ginjal, asma, TBC paru, DM, hepatitis, hipertensi, tidak pernah mengalami epilepsi, tidak pernah operasi.

b. Riwayat penyakit sistemik yang sedang diderita

Ibu mengatakan saat ini tidak sedang menderita penyakit jantung, ginjal, asma, TBC paru, DM, hepatitis, hipertensi, tidak pernah mengalami epilepsi.

c. Riwayat penyakit keluarga

Ibu mengatakan dalam rumah tidak ada yang sedang menderita penyakit jantung, ginjal, asma, TBC paru, DM, hepatitis, hipertensi, dan epilepsi.

10. Riwayat Psikososial

Ibu mengatakan kehamilan ini direncanakan. Ibu merasa senang dengan kehamilan ini. Suami, orangtua dan keluarga juga sangat senang dan mendukung kehamilan ini. Keluarga dan suami sering mengantarkan ibu ke Pustu Tenau untuk melakukan pemeriksaan disana. Pengambil keputusan dalam keluarga adalah suami. Ibu merencanakan untuk melahirkan di Puskesmas Alak. Penolong yang diinginkan adalah bidan, pendamping yang diinginkan selama proses persalinan adalah suami dan ibu kandungnya. Transportasi yang akan digunakan adalah mobil sewa dan suaminya sudah menyiapkan calon pendonor darah. Status perkawinan sudah menikah syah.

B. Data Obyektif

Taksiran partus : 15 Mei 2019

1. Pemeriksaan fisik umum

- a. Keadaan umum : Baik
- b. Kesadaran : Composmentis
- c. Tanda-tanda vital
  - 1) Tekanan darah : 90/70 mmHg
  - 2) Nadi : 85 kali/menit
  - 3) Pernapasan : 20 kali/menit

- 4) Suhu : 36 °c
- 5) Berat badan saat ini: 58 kg
- 6) Tinggi badan : 158 cm
- 7) LILA : 29 cm

## 2. Pemeriksaan Fisik Obstetri

- a. Kepala :rambut berwarna hitam dan tidak kering, bersih,
- b. Wajah :simetris, tidak oedema,tidak pucat, tidak ada cloasma gravidarum
- c. Mata :simetris, tidak ada oedema pada kelopak mata, konjungtiva bewarna merah muda, sklera berwarna putih.
- d. Hidung :tidak ada sekret dan tidak ada polip
- e. Telinga :bersih, simetris, tidak ada serumen.
- f. Mulut :bibir lembab, tidak ada stomatitis, gigi bersih dan tidak ada caries gigi, tidak ada amandel.
- g. Leher :tidak ada pembesaran kelenjar tiroid dan kelenjar limfe, serta tidak ada bendungan vena jugularis.
- h. Dada :payudara simetris, mengalami pembesaran, areola mammae mengalami hiperpigmentasi, puting susu bersih, dan menonjol, tidak ada benjolan disekitar payudara, pengeluaran kolostrum sudah ada pada payudara kiri dan kanan, dan tidak ada rasa nyeri disekitar payudara.
- i. Abdomen :tidak ada benjolan, tampak *striae* dan *linea nigra*, tidak ada bekas luka operasi dan kandung kemih kosong.
- j. Posisi tulang belakang normal
- k. Ekstremitas :kedua tangan dan kaki simetris, keadaan kuku kaki dan kuku tangan tidak pucat, pada betis tidak ada varises, tidak ada oedema, fungsi gerak baik, refleks *patella* kaki kiri dan tangan positif

3. Palpasi uterus

- a. Leopold I :tinggi fundus uteri 3 jari di bawah *Processus Xyphoideus*, pada bagian fundus teraba bagian bulat, lunak dan tidak melenting
- b. Leopold II :pada bagian kanan perut ibu teraba keras, datar, dan memanjang seperti papan (punggung), dan pada bagian kiri perut ibu bagian-bagian kecil janin.
- c. Leopold III :pada bagian terendah janin teraba bagian bulat, keras, melenting (kepala) dan tidak dapat digerakan lagi.
- d. Leopold IV :bagian terendaj janin belum turun (*konvergen*)  
Mc Donald : 25 cm  
TBBJ :  $(25-11) \times 155 = 2170$  gram

4. Auskultasi

Denyut Jantung Janin terdengar jelas dan teratur. Dengan frekuensi 150 kali/menit pada bagian kanan perut ibu.

5. Pemeriksaan Penunjang

- a. Haemoglobin : 12 gram %
- b. Malaria : Negatif

## II. Analisa Diagnosa dan Masalah

Diagnosa :Ny.D.S G<sub>3</sub>P<sub>2</sub>A<sub>0</sub>AH<sub>2</sub> UK 29 minggu 1 hari, janin hidup



tunggal, letak kepala, intrauterin, keadaan ibu dan janin baik

Diagnosa	Data Dasar
Ny.D.S G <sub>3</sub> P <sub>2</sub> A <sub>0</sub> AH <sub>2</sub> UK 29 minggu 1 hari, janin hidup tunggal, letak kepala, intrauterin, keadaan ibu dan janin baik.	<p>DS : ibu mengatakan hamil anak ketiga, tidak pernah keguguran, HPHT : 18-08-2008. Datang untuk memeriksakan kehamilan.</p> <p>DO : TP : 15-05-2019</p> <p>Kedaan umum : baik</p> <p>Kesadaran : composmentis</p> <p>TTV : TD : 90/70mmHg, N : 85x/m, S : 36°C, RR : 22x/m.</p> <p>BB saat ini : 58 kg, TB : 158 cm, LILA : 29 cm.</p> <p>Inspeksi</p> <p>Kepala : Rambut berwarna hitam dan tidak kering, bersih, tidak ada benjolan dan tidak ada massa.</p> <p>Wajah : Simetris, tidak oedema, tidak pucat, tidak ada <i>cloasma gravidarum</i></p> <p>Mata : Simetris, tidak ada oedema pada kelopak mata, konjungtiva berwarna merah muda, sklera berwarna putih.</p> <p>Hidung : Tidak ada sekret dan tidak ada polip</p> <p>Telinga : Bersih, simetris, tidak ada serumen.</p> <p>Mulut : Bibir lembab, tidak ada stomatitis, gigi bersih dan tidak ada caries gigi, tidak ada amandel.</p> <p>Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid dan kelenjar limfe, serta tidak ada bendungan vena jugularis.</p> <p>Dada : Payudara simetris, mengalami pembesaran, areola mammae mengalami hiperpigmentasi, puting susu bersih, dan menonjol, tidak ada benjolan disekitar payudara, pengeluaran kolostrum sudah ada pada payudara kiri dan kanan, dan tidak ada rasa nyeri disekitar payudara.</p> <p>Abdomen : Tidak ada benjolan, tampak <i>striae</i> dan <i>linea nigra</i>, tidak ada bekas luka operasi dan kandung kemih kosong.</p> <p>Posisi tulang belakang normal</p> <p>Ekstremitas : kedua kaki dan tangan simetris, keadaan kuku kaki dan tangan tidak pucat, <i>reflex patella</i> kaki kanan dan kiri positif, pada betis tidak ada varises, tidak ada oedema pada <i>tibia</i>, dan fungsi gerak baik.</p> <p>Palpasi Uterus</p> <p>Leopold I : tinggi fundus uteri 3 jari di bawah</p>

---

	<i>Processus Xyphoideus</i> , pada bagian fundus teraba bagian bulat, lunak dan tidak melenting.
Leopold II	: pada bagian kanan perut ibu teraba keras, datar, dan memanjang seperti papan (punggung), dan pada bagian kiri perut ibu bagian-bagian kecil janin.
Leopold III	: pada bagian terendah janin teraba bagian bulat, keras, melenting (kepala) dan dapat digerakan.
Leopold IV	: bagian terendah janin belum turun ( <i>konvergen</i> )
Mc Donald	: 25 cm
TBBJ	: $(25-11) \times 155 = 2170$ gram
Auskultasi	
Denyut Jantung Janin	terdengar jelas dan teratur. Dengan frekuensi 150 kali/menit pada bagian kanan perut ibu.
Pemeriksaan Penunjang	
Haemoglobin	: 12 gram %
Malaria	: Negatif

---

### III. Antisipasi Masalah Potensial

Tidak ada

### IV. Tindakan Segera

Tidak ada

### V. Perencanaan

Hari/tanggal : Kamis, 28-02-2019

Jam : 09.30 WITA

Tempat : Puskesmas Pembantu Tenau

1. Informasi dan jelaskan kepada ibu tentang hasil pemeriksaan yang dilakukan  
R/ Informasi yang tepat dan benar tentang kondisi dan keadaan yang sedang dialami ibu merupakan hak pasien yang harus diketahui ibu dan keluarga agar lebih kooperatif dalam tindakan atau asuhan yang diberikan.
2. Anjurkan ibu untuk mengkonsumsi makanan seimbang seperti sayur hijau, tahu, tempe, ikan, telur, kacang-kacangan, daun katuk, dan buah-buahan segar untuk mencegah anemia.  
R/ Makanan yang bergizi seimbang sangat penting untuk kesehatan ibu, mencukupi kebutuhan energi ibu, memperlancar metabolisme tubuh dan berguna bagi pertumbuhan janin dalam kandungan.

3. Anjurkan ibu untuk minum obat secara teratur sesuai dengan dosis yang diberikan yaitu kalsium laktat diminum 1x1 pada pagi hari setelah makan, tablet Fe dan Vitamin C diminum bersamaan setelah makan malam atau pada saat tidur

R/ Kalsium laktat 1200 mg mengandung ultrafine carbonet dan Vitamin D berfungsi membantu pertumbuhan tulang dan gigi janin, tablet Fe mengandung 250 mg Sulfat Ferosus dan 50 mg asam folat yang berfungsi untuk menambah zat besi dalam tubuh dan meningkatkan kadar haemoglobin dan Vitamin C 50 mg berfungsi membantu proses penyerapan Sulfat Ferosus.

4. Anjurkan ibu untuk melakukan olahraga ringan.

R/ latihan fisik yang teratur dapat memperlancar aliran darah dan berjalan kaki dapat memperkuat otot-otot yang dibutuhkan untuk persalinan.

5. Menjelaskan kepada Ibu tentang kepercayaan yang berkaitan dengan kehamilan

R/ Kepercayaan ibu mengenai makan ikan akan menimbulkan kecelakaan dan selalu memegang barang tajam ketika malam hari adalah hal yang tidak wajar karena ikan mengandung protein yang dapat memenuhi salah satu kebutuhan nutrisi pada kehamilan dan membawa barang tajam dapat melukai dirinya sendiri ketika tidak sengaja meletakkannya.

6. Informasikan kepada ibu untuk melakukan kunjungan ulang

R/ Informasi mengenai kunjungan ulang mengurangi ansietas dan membantu ibu/pasangan memiliki kendali serta memastikan bahwa kelahiran tidak akan terjadi di rumah atau dalam perjalanan menuju unit persalinan.

7. Buat kesepakatan dengan ibu untuk kunjungan rumah.

R/ kunjungan rumah adalah kegiatan bidan ke rumah ibu hamil dalam rangka untuk membantu ibu, suami dan keluarga membuat perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi persalinan. Selain itu kesepakatan kunjungan rumah dengan ibu untuk menyesuaikan waktu dengan ibu.

8. Dokumentasi hasil pemeriksaan

R/ dokumentasi sebagai catatan tentang interaksi antara pasien, keluarga pasien, dan tim kesehatan yang mencatat tentang hasil pemeriksaan prosedur,

pengobatan pada pasien dan pendidikan kesehatan pada pasien, respon pasien kepada semua kegiatan yang dilakukan dan digunakan sebagai bukti apabila terdapat gugatan di suatu saat nanti dari klien dan juga untuk memudahkan kita untuk memberikan asuhan selanjutnya kepada klien.

## **VI. Pelaksanaan**

Tanggal : 28-02-2019

Jam : 09.30 WITA

1. Menginformasikan hasil pemeriksaan pada ibu bahwa keadaan ibu baik, tekanan darah ibu 90/70 mmHg, Nadi: 85 kali/menit, Suhu: 36°C, Pernapasan: 20 kali./menit, keadaan kehamilan baik, letak kepala, tafsiran melahirkan tanggal 15 Mei 2019, keadaan janin baik DJJ normal yaitu 150 kali/menit.
2. Menganjurkan ibu untuk mengkonsumsi makanan seimbang seperti sayur hijau, tahu, tempe, ikan, telur, kacang-kacangan, daun katuk, dan buah-buahan segar untuk mencegah anemia.
3. Menganjurkan ibu untuk minum obat secara teratur sesuai dengan dosis yang diberikan yaitu kalsium laktat diminum 1x1 pada pagi hari setelah makan, tablet Fe dan Vitamin C diminum bersamaan setelah makan malam atau pada saat tidur.
4. Menganjurkan ibu untuk melakukan olahraga ringan seperti jalan-jalan pagi atau sore hari untuk membantu otot panggul dan pernapasan menjelang persalinan.
5. Menjelaskan kepada Ibu untuk mengganti ikan dengan tempe, tahu atau telur untuk memenuhi kebutuhan protein dan berhati-hati memegang barang tajam seperti gunting, paku karena bisa membahayakan dirinya dan orang lain.
6. Menginformasikan kepada ibu untuk melakukan kunjungan ulang pada tanggal 14 Maret 2018 atau kapan saja jika ada keluhan
7. Membuat kesepakatan dengan ibu untuk melakukan kunjungan rumah
8. Mendokumentasikan hasil pemeriksaan dan asuhan yang diberikan.

## **VII. Evaluasi**

Tanggal : 28-02-2019

Jam : 10.00 WITA

1. Ibu mengerti dengan penjelasan mengenai hasil pemeriksaan yang diberikan
2. Ibu bersedia dan mau makan makanan yang bergizi seimbang
3. Ibu bersedia minum obat secara teratur
4. Ibu mengatakan sudah melakukan jalan-jalan dipagi dan sore hari.
5. Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan dan bersedia mengikuti anjuran tersebut
6. Ibu bersedia melakukan kunjungan ulang sesuai waktu yang ditentukan yaitu tanggal 28 Maret 2019.
7. Ibu bersedia bila akan dilakukan kunjungan rumah pada tanggal 29 Februari 2019.
8. Pendokumentasian sudah dilakukan.

**Catatan Perkembangan I**  
**( Kunjungan ANC I )**

Hari/tanggal : Jumat, 01-03-2019

Jam : 11.00 WITA

Tempat: Rumah Ny. D.S

**S** :ibu mengatakan tidak ada keluhan

**O** :keadaan umum : baik

Kesadaran : composmentis

TTV : TD : 100/70 mmHg, S : 36,2°C, N : 81x/m, RR :  
19x/m

**A** :Ny. D.S umur 28 tahun G<sub>3</sub>P<sub>2</sub>A<sub>0</sub>AH<sub>2</sub> UK 29 minggu 2 hari, janin hidup tunggal, letak kepala, intrauterin, keadaan ibu dan janin baik.

**P** :

1. Menginformasikan kepada ibu semua hasil pemeriksaan tanda vital dalam batas normal.

TD : 100/70 mmHg

Suhu tubuh : 36,2°C

Denyut nadi : 81 kali/menit

Pernafasan : 19 kali/menit

E/ Ibu mengerti dan merasa senang dapat mengetahui hasil pemeriksaan.

2. Menjelaskan ketidaknyamanan pada trimester III yang dialami ibu seperti sakit punggung atas dan bawah disebabkan oleh bentuk tulang punggung yang kedepan, pembesaran payudara, atasi dengan mekanika tubuh yang benar. Sakit punggung atas dan bawah disebabkan oleh bentuk tulang punggung ke depan karena pembesaran rahim, kejang otot karena tekanan terhadap akar saraf di tulang belakang, penambahan ukuran payudara, kadar hormon yang meningkat menyebabkan kartilago di dalam sendi-sendi besar menjadi lembek, keletihan, mekanisme tubuh yang kurang baik saat mengangkat barang dan mengambil barang.

E/ Ibu mengerti dan paham dengan penjelasan yang diberikan.

3. Menginformasikan tanda-tanda bahaya kehamilan pada trimester III perdarahan pervaginam yang banyak, penglihatan kabur, bengkak pada wajah kaki dan tangan, pandangan kabur, sakit kepala hebat, demam tinggi, pergerakan janin berkurang atau tidak ada pergerakan sama sekali dan menganjurkan ibu untuk segera melapor dan datang ke puskesmas atau ke fasilitas kesehatan jika mendapat salah satu tanda bahaya tersebut.

E/ Ibu mengerti tentang penjelasan dan anjuran yang diberikan dan bersedia datang ke fasilitas kesehatan terdekat jika menemukan salah satu tanda bahaya tersebut.

4. Menganjurkan ibu makan-makanan bergizi yaitu yang mengandung banyak zat besi dari makanan hewani seperti daging, hati ayam dan telur dan bahan makanan nabati seperti sayuran berwarna hijau tua, kacang-kacangan dan tempe minum susu minimal 1x sehari serta selalu minum obat tambah darah yang diberikan dengan dosis 1x1

E/Ibu mengerti tentang penjelasan yang diberikan dan bersedia makan makanan yang dianjurkan dengan minum tablet tambah darah yang sudah diberikan kemarin di Pustu.

5. Mendokumentasikan hasil pelayanan dan pemeriksaan

E/ hasil pemeriksaan sudah didokumentasikan.

## **Catatan Perkembangan II**

### **( Kunjungan ANC II )**

Hari/tanggal : 9-03-2019

Jam : 10.00 WITA

Tempat: Rumah Ny. D.S

**S** : Ibu mengatakan tidak ada keluhan apa-apa.

**O** : Keadaan Umum : baik

Kesadaran : composmentis

TTV : TD : 100/80mmHg, Nadi : 75x/m, Pernapasan : 20x/m,

Suhu : 37°C

Palpasi :

TFU 2 jari dibawah PX, pada bagian bagian fundus teraba bagian bulat, lunak dan tidak melenting ( bokong ). Pada bagian kanan perut ibu teraba keras, datar, dan memanjang seperti papan (punggung), dan pada bagian kiri perut ibu teraba bagian terkecil janin. Pada segmen bawah rahim ibu teraba keras, bulat dan masih dapat digerakan yaitu kepala. Kepala belum masuk PAP (konvergen). Mc Donald : 25 cm, TBBJ : 2.170 gram.

Auskultasi :

Denyut jantung janin positif, teratur, terdengar jelas dibagian kanan perut ibu dengan menggunakan funduscope dengan frekuensi 140x/m.

**A** : Ny. D.S umur 28 tahun G<sub>3</sub>P<sub>2</sub>A<sub>0</sub>AH<sub>2</sub> UK 30 minggu 3 hari, janin hidup tunggal, letak kepala, intrauterin, keadaan ibu dan janin baik

**P** :

1. Menginformasikan kepada ibu semua hasil pemeriksaan tanda vital dalam batas normal.

TD : 100/80 mmHg

Suhu tubuh : 37°C

Denyut nadi : 75 kali/menit

Pernafasan : 20 kali/menit



E/ Ibu mengerti dan merasa senang dapat mengetahui hasil pemeriksaan.

2. Menjelaskan ketidaknyamanan pada trimester III yang dialami ibu seperti sakit punggung atas dan bawah disebabkan oleh bentuk tulang punggung yang kedepan, pembesaran payudara, atasi dengan mekanika tubuh yang benar. Sakit punggung atas dan bawah disebabkan oleh bentuk tulang punggung ke depan karena pembesaran rahim, kejang otot karena tekanan terhadap akar saraf di tulang belakang, penambahan ukuran payudara, kadar hormon yang meningkat menyebabkan kartilago di dalam sendi-sendi besar menjadi lembek, keletihan, mekanisme tubuh yang kurang baik saat mengangkat barang dan mengambil barang.

E/ Ibu mengerti dan paham dengan penjelasan yang diberikan.

3. Menginformasikan tanda-tanda bahaya kehamilan pada trimester III perdarahan pervaginam yang banyak, penglihatan kabur, bengkak pada wajah kaki dan tangan, pandangan kabur, sakit kepala hebat, demam tinggi, pergerakan janin berkurang atau tidak ada pergerakan sama sekali dan menganjurkan ibu untuk segera melapor dan datang ke puskesmas atau ke fasilitas kesehatan jika mendapat salah satu tanda bahaya tersebut.

E/ Ibu mengerti tentang penjelasan dan anjuran yang diberikan dan bersedia datang ke fasilitas kesehatan terdekat jika menemukan salah satu tanda bahaya tersebut.

4. Menganjurkan ibu makan-makanan bergizi yaitu yang mengandung banyak zat besi dari makanan hewani seperti daging, hati ayam dan telur dan bahan makanan nabati seperti sayuran berwarna hijau tua, kacang-kacangan dan tempe minum susu minimal 1x sehari serta selalu minum obat tambah darah yang diberikan dengan dosis 1x1

E/Ibu mengerti tentang penjelasan yang diberikan dan bersedia makan makanan yang dianjurkan dengan minum tablet tambah darah yang sudah diberikan kemarin di Pustu.

5. Mendokumentasikan hasil pelayanan dan pemeriksaan  
E/ hasil pemeriksaan sudah didokumentasikan.

**Catatan Perkembangan III**  
**( INC )**

Hari/tanggal : Kamis, 09-05-2019

Jam : 11.00 WITA

Tempat: Ruang Bersalin Puskesmas Pembantu Tenau

**S** :ibu mengatakan pukul 11.00 WITA ibu datang ke Pustu ingin melahirkan, mengeluh sakit perut bagian bawah menjalar ke pinggang terus menerus. Ibu mengatakan perut mulas dan sudah keluar lendir darah sejak pukul 10.00 WIA. Ibu mengatakan sebelum ke Pustu ibu sudah makan 1 piring nasi, sayur sawi dan 1 telur goreng dihabiskan serta minum air putih sebanyak 2 gelas. Ibu mengatakan frekuensi BAB 1 kali, berwarna kuning dan baerbau khas feses. Sedangkan frekuensi BAK 3 kali, berwarna kuning berbau khas amoniak dan terakhir BAK pukul 11.00 WITA. Ibu mengatakan tidur siang 1 jam dan tidur malam 8 jam. Dan ibu mengatakan semalam ini tidak dapat beristirahat akibat nyeri pinggang. Ibu mengatakan setiap hari melakukan aktifitas ringan seperti menyapu dan mencuci dan ibu mengatakan sering jalan santai bersama suaminya dipagi hari disekitar rumah. Ibu mengatakan pukul 10.00 WITA ibu sudah sempat mandi, cuci rambut dan menyikat gigi.

**O** :keadaan umum : baik

kesadaran : composmentis

TTV : TD : 120/80 mmHg, nadi : 80x/m, pernapasan : 20x/m, suhu : 36,8<sup>0</sup>C

Palpasi :

TFU 3 jari dibawah PX, pada bagian fundus teraba bagian bulat, lunak dan tidak melenting (bokong). Pada bagian kanan perut ibu teraba keras, datar dan memanjang seperti papan (punggung) dan pada bagian kiri perut ibu teraba bagian terkecil janin. Bagian terendah perut ibu teraba bulat, keras dan tidak dapat digoyangkan lagi (kepala). Kepala sudah masuk PAP (*divergen*). Mc.Donald : 29 cm. TBBJ : 2.635 gram.

Auskultasi :

DJJ terdengar jelas dan teratur, frekuensi 147x/m.

## Pemeriksaan Dalam

Jam : 11.15 WITA

Vulva tidak ada kelainan, tidak ada oedema, tidak ada condiloma, tidak ada jaringan parut, tidak ada tanda-tanda PMS, vagina ada pengeluaran darah dan lendir, serviks posisi posterior, *portio* tipis, tidak oedema, *effacement* 80 %, posisi UUK kanan depan, tidak ada bagian-bagian terkecil janin disamping kepala, pembukaan 9 cm, KK utuh, persentasi belakang kepala, kepala turun Hodge IV, tidak ada molase, tidak ada caput.

**A** : Ny. D.S umur 28 tahun G<sub>3</sub>P<sub>2</sub>A<sub>0</sub>AH<sub>2</sub> UK 39 minggu 1 hari, janin hidup tunggal, letak kepala, intrauterin, keadaan ibu dan janin baik.

**P** :

1. Memberitahukan hasil pemeriksaan pada ibu yaitu TD : 120/80mmHg, Pernapasan 20x/m, Suhu : 36,8°C, Nadi : 80x/m.  
Ibu sudah mengetahui tentang keadaannya.
2. Menginformasikan kepada ibu bahwa akan dilakukan pemantauan pada dirinya dan janinnya.
3. Menganjurkan kepada ibu untuk makan dan minum saat tidak ada kontraksi untuk memenuhi kebutuhan energi dan mencegah dehidrasi pada saat proses persalinan nanti.  
Ibu mau minum saat belum ada kontraksi.
4. Memberikan dukungan atau asuhan pada ibu saat kontraksi, seperti mengajarkan keluarga untuk memijat atau menggosok pinggang ibu, mengajarkan ibu teknik relaksasi dengan menarik napas panjang dari hidung dan melepaskan dengan cara ditiup lewat mulut sewaktu kontraksi, mengipasi ibu yang berkeringat karena kontraksi.  
Keluarga kooperatif dengan memijat punggung ibu dan ibu juga kooperatif dengan mengikuti teknik relaksasi yang diajarkan. Ibu merasa nyaman setelah dikipasi dan dipijat.
5. Mempersiapkan alat dan bahan yang digunakan selama persalinan

a. Saff I

Partus set : bak instrumen berisi :

Klem tali pusat 2 buah

Gunting episiotomi 1 buah

½ kocher 1 buah

*Handscoon* 2 pasang

Kasa secukupnya

Tempat berisi obat :

*Oxytocin* 2 ampul (10 IU)

*Lidokain* 1 ampul (1%)

Jarum suntuk 3cc dan 5cc

Vitamin K/NEO K 1 ampul

Salep mata *Oxytetracyclins* 1% 1 tube

Bak instrumen berisi : kateter

b. Saff II

*Hecting* set :

*Nealfooder* 1 buah

*Catgut* benang 1 buah

*Catgut cronik* ukuran 0,3

*Handscoon* 1 pasang

Kasa secukupnya

Pengisap lendir

Tempat plasenta

Tempat air klorin 0,5%

Tempat sampah tajam

Thermometer, stetoskope, tensimeter

c. Saff III

Cairan infuse RL, infuse set dan *abocath*

Pakaian bayi

Alat pelindung diri (celemek, penutup kepala, masker, kacamata, sepatu *booth*)

Alat Resusitasi

Tanggal : 09-05-2019

Jam : 11.30 WITA

S :ibu mengatakan ingin buang air besar dan rasa ingin mengejan pukul 11.30 WITA.

O :kesadaran composmentis, vulva tidak ada kelainan, tidak ada oedema, tidak ada kondiloma, tidak ada jaringan parut, tidak ada tanda-tanda PMS, vagina ada pengeluaran darah dan lendir, serviks posisi posterior, portio tidak teraba, *effacement* 100%, posisi UUK kanan depan, tidak ada bagian-bagian terkecil janin disamping kepala, pembukaan 10 cm, ketuban sudah pecah dan warna jernih, penurunan kepala 0/5, Hodge IV, His 5 x 10 menit lamanya 50-55 detik.

A :inpartu kala II

P :

1. Memastikan dan mengawasi tanda gejala kala II yaitu ada dorongan meneran, tekanan anus, perineum menonjol, vulva membuka. Sudah ada tanda-tanda gejala kala II, ibu sudah ada dorongan meneran, terlihat ada tekana anus, perineum menonjol dan vulva membuka.
2. Memastikan kelengkapan alat dan mematahkan *oxytocin* 10 UI serta memasukan spuit 3cc kedalam partus set. Semua peralatan sudah disiapkan, ampul *oxytocin* sudah dipatahkan dan spuit sudah dimasukan kedalam partus set.
3. Memakai alat pelindung diri  
Celemek sudah dipakai
4. Melepaskan dan menyimpan semua perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan tangan

dengan tisu atau handuk yang bersih dan kering. Semua perhiasan sudah dilepaskan dan tangan sudah dicuci menggunakan 7 langkah.

5. Memakai sarung tangan DTT ditangan kanan
6. Memasukan *oxytocyn* kedalam tabung suntuk dan lakukan aspirasi
7. Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari anterior (depan) ke posterior (belakang) menggunakan kasa atau kapas yang telah dibasahi air DTT. Vulva dan perineum telah dibersihkan dengan air DTT.
8. Melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan lengkap. Hasil pemeriksaan dalam pembukaan 10 cm.
9. Mendekontaminasikan sarung tangan (celupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5% dan lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam dalam klorin 0,5% selama 10 menit). Cuci kedua tangan setelah sarung tangan dilepaskan. Tutup kembali partus set. *Handscoon* telah di rendam dalam larutan klorin.
10. Memastikan denyut jantung janin  
DJJ 145x/m
11. Memberituhkan ibu bahwa pembukaan telah lengkap dan keadaan janin baik. Ibu dalam posisi *dorcal recumbent*.
12. Meminta keluarga membantu menyiapkan posisi ibu yaitu kepala melihat ke perut/fundus, tangan merangkul kedua pahanya lalu meneran dengan menarik napas panjang lalu hembuskan perlahan lewat mulut tanpa mengeluarkan suara. Kepala ibu dibantu suami untuk melihat kearah perut.
13. Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran, membimbing ibu untuk meneran secara benar dan efektif yaitu pada saat terasa kontraksi yang kuat mulai menarik napas panjang, kedua paha ditarik kebelakang dengan kedua tangan, kepala diangkat mengarah keperut, meneran tanpa suar. Ibu meneran baik tanpa mengeluarkan suara.

14. Menganjurkan kepada ibu untuk tidur miring kiri bila ibu belum ada rasa dorongan meneran. Ibu dalam posisi *dorsal recumbent* karena sakit terus menerus. Meletakkan handuk bersih di perut bawah ibu untuk mengeringkan bayi. Handuk bersih sudah disiapkan di perut bawah ibu.
15. Kain bersih dilipat 1/3 bagian diletakan di bawah bokong ibu. Kain telah disiapkan.
16. Membuka tutup partus set dan periksa kembali kelengkapan peralatan dan bahan. Telah diperiksa dan kelengkapan alat dan bahan lengkap.
17. Memakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan. *Handscoon* sudah dipakai di kedua tangan.
18. Melindungi perineum saat kepala bayi tampak mebuca vulva 5-6 cm, menganjurkan ibu untuk meneran perlahan atau bernapas cepat dan dangkal, menganjurkan meneran seperti yang sudah di jelaskan sebelumnya. Perineum telah dilindungi dengan tangan kiri yang dilapisi kain dan kepala bayi telah disokong dengan tangan kanan.
19. Memeriksa adanya lilitan tali pusat pada leher bayi. Tidak ada lilitan tali pusat.
20. Menunggu hingga kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan.
21. Memegang secara biparietal, menganjurkan ibu meneran saat kontraksi. Melakukan biparietal tarik ke arah bawah untuk melahirkan bahu depan dan kearah atas untuk menaikkan bahu belakang.
22. Menggeserkan tangan bawah ke arah perineum ibu untuk menyangga kepala, lengan dan siku sebelah bawah, menggunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah bawah.



23. Menelusuri tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai dan kaki. Pegang kedua mata kaki. Seluruh tubuh dan tungkai bayi berhasil dilahirkan pada pukul 11.50 WITA.
24. Melakukan penilaian sepiantas. Bayi menangis kuat, bernapas tanpa kesulitan, bergerak aktif.
25. Mengeringkan tubuh bayi. Bayi telah dikeringkan.
26. Memeriksa uterus dan pasikan tidak ada bayi kedua dalam uterus. Uterus telah diperiksa, TFU setinggi pusat dan tidak ada bayi kedua.
27. Memberitahu ibu bahwa ia akan disuntuk *oxytocin* agar uterus berkontraksi dengan baik. Ibu mengerti dan mau disuntik.
28. Memberikan suntikan *oxytocin* 10 unit secara IM di 1/3 *distal lateral* paha. Sebelum dilakukan penyuntikan lakukan aspirasi terlebih dahulu. Ibu telah di suntik *oxytocin* 10 UI/IM, di 1/3 paha atas *disal lateral*.
29. Menjepit tali pusat dengan penjepit tali pusat. Mendorong isi tali pusat. Mengklem tali pusat dan memotong. Tali pusat dijepit dengan penjepit tali pusat 3 cm dari pusat bayi, isi tali pusat didorong ke arah ibu lalu di klem.
30. Melindungi perut bayi dengan tangan kiri dan pegang tali pusat yang telah dijepit dan lakukan pengguttingan tali pusat di antar 2 klem tersebut. Tali pusat telah dipotong.
31. Meletakkan bayi agar ada kontak kulit dengan ibu dan menyelimuti ibu dan bayi dengan kain hangat lalu pasang topi pada kepala bayi. Bayi telah dilakukan kontak kulit selama 1 jam.

Tanggal : 09-05-2019

Jam : 11.50 WITA

S : ibu mengatakan perutnya mules

O : keadaan umum baik, kesadaran composmentis, kontraksi baik, TFU setinggi pusat, tali pusat bertambah panjang dan keluar.

A : inpartu kala III

P :

32. Memindahkan klem tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva.  
Klem telah dipindahkan 5-10 cm dari vulva.
33. Meletakkan satu tangan diatas kain perut ibu, ditepi atas simphisis untuk mendeteksi atau memantau tanda-anda pelepasan plasenta.
34. Setelah uterus berkontraksi, tali pusat ditegangkan sambil tangan lain melakukan dorsolcranial, tarik ambil menyeluruh ibu meneran sedikit.
35. Menarik tali pusat sejajar lantai lalu keatas mengikuti jalan lahir
36. Melahirkan plasenta  
Plasenta lahir spontan pukul 12.00 WITA
37. Melakukan masase uterus selama 15 detik dilakukan searah hingga uterus berkontraksi. Uterus berkontraksi baik.
38. Memeriksa kelengkapan plasenta.  
Plasenta dan selaputnya lengkap, berat  $\pm$  400 gram, diameter  $\pm$ 20 cm, tebal  $\pm$ 2,5 cm, insersi tali pusat lateralis, tidak ada infrak, panjang tali pusat 40 cm.
39. Melakukan evaluasi laserasi, jika ada maka lakukan penjahitan.  
(tidak ada laserasi)

S : Ibu merasa lega dan perut masih mules-mules

O : Kontraksi baik, kesadaran composmentis, perdarahan normal, tinggi fundus uteri dua jari bawah pusat, keadaan umum baik, tekanan darah 100/70 mmHg, suhu 36,7°C, nadi 84x/menit, pernapasan 21x/menit, kandung kemih kosong

A : Kala IV (post partum 2 jam)

P :

40. Mengevaluasi uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam penjahitan luka perineum.  
Kontraksi uterus baik

41. Memeriksa kandung kemih.  
Kandung kemih kosong
42. Mencelupkan tangan tangan yang masih menggunakan sarung tangan kedala larutan klorin 0,5% untuk membersihkan noda darah dan cairan tubuh, dan bilas dengan handuk tanpa melepas sarung tangan, kemudian keringkan dengan handuk.
43. Mengajarkan ibu dan keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi. Ibu dan keluarga dapat melakukan massase uterus.
44. Memeriksa nadi dan pastikan keadaan umum ibu baik.  
Keadaan ibu baik, nadi 84x/menit
45. Memeriksa tanda-tanda vital, kontraksi, perdarahan dan keadaan kandung kemih Ibu setiap 15 menit pada 1 jam pertama dan tiap 30 menit pada 1 jam kedua.
46. Memeriksa tanda-tanda bahaya pada bayi setiap 15 menit pada 1 jam pertama dan tiap 30 menit pada 1 jam kedua
47. Menempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan clorin 0,5% untuk dekontaminasi selama 10 menit.
48. Membuang bahan-bahan yang terkontaminas ke tempat sampah yang sesuai, hasilnya buang sampah yang terkontaminasi cairan tubuh dibuang ditempat sampah medis, dan sampah plastic pada tempat samah non medis.
49. Membersihkan badan ibu menggunakan air DTT.
50. Memastikan ibu dalam keadaan nyaman dan. Bantu ibu memberikan ASI kepada bayinya dan menganjurkan keluarga untuk memberikan makan dan minum kepada ibu.
51. Mendekontaminasikan tempat bersalin larutan clorin 0,5% selama 10 menit.
52. Mencelupkan sarung tangan kotor ke dalam laruran klorin 0,5% balikan bagian dalam keluar dan rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit, melepas alat pelindung diri.

53. Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan dengan handuk yang kering dan bersih.
54. Memakai sarung tangan ulang untuk pemeriksaan bayi.
55. Memberikan salap mata, vit K, melakukan pengukuran antropometri dan pemeriksaan fisik  
Vit K sudah diberikan pada pukul 12.20 WITA dengan dosis 0,5 mg secara IM pada paha kiri bayi, BB : 2.700 gram, PB : 45 cm, LK : 28 cm, LD : 29 cm, LP : 27 cm. Jenis kelamin : perempuan, pemeriksaan fisik normal.
56. Melakukan pemberian Imunisasi HB0, satu jam setelah pemberian vit K.  
Imunisasi HBO sudah diberikan dipaha kanan dengan dosis 0,5 cc tanggal 9 Mei 2019 Jam 13.30 WITA.  
Melepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam didalam larutan clorin 0,5% selama 10 menit.  
Sarung tangan sudah direndam dalam larutan klorin 0.5 %.
57. Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan dengan tissue atau handuk yang bersih dan kering  
Mengukur TTV dan memberikan penkes tentang tanda bahaya masa nifas yaitu: uterus lembek/tidak berkontraksi, perdarahan pervaginam >500 cc, sakit kepala hebat, penglihatan kabur, pengeluaran pervaginam berbau busuk, demam tinggi dimana suhu tubuh >38°C dan tanda bahaya pada bayi baru lahir yaitu warna kulit biru atan pucat, muntah yang berlebihan, tali pusat bengkaka atau merah, kejang, tidak BAB selama 24 jam, bayi tidak mau munyusu, BAB encer lebih dari 5x/hari.  
Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan dan berjanji akan ke fasilitas kesehatan bila muncul tanda bahaya tersebut.
58. Melakukan pendokumentasian.  
Semua hasil pemantauan dan tindakan sudah di catat dalam partograf

**Catatan Perkembangan IV**  
**Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir ( 6 Jam )**

Hari/tanggal : Kamis, 09-05-2019

Jam : 18.00 WITA

Tempat: Ruang Bersalin Puskesmas Pembantu Tenau

**S** : ibu mengatakan ini adalah kelahirannya yang ke tiga, melahirkan enam jam yang lalu di Ruang Bersalin Puskesmas Pembantu Tenau pada pukul 11.50 WITA, persalinan normal ditolong oleh Bidan dan mahasiswa praktek. Jenis kelamin perempuan, tidak ada komplikasi dengan berat badan waktu lahir yakni 2.700 gram. Ibu mengatakan bayi menangis kuat, bergerak aktif, BAB belum, BAK 2 kali dan bayi minum ASI saat bayi membutuhkan.

**O** :

1. Pemeriksaan Umum

- a. KU : baik
- b. Kesadaran : composmentis
- c. TTV : nadi : 130x/m, pernapasan : 48x/m, suhu : 36,9°C
- d. Pengukuran antropometri
  - BB : 2.700 gram
  - PB : 45 cm
  - LK : 28 cm
  - LD : 29 cm
  - LP : 27 cm

a) Apgar Score

Tabel 4.2

Apgar Score

	<i>Apper eance</i>	<i>Pul ce</i>	<i>Gri ma ce</i>	<i>Act ivit y</i>	<i>Respir atory</i>	<i>Scor e</i>
1 meni t	2	2	1	1	2	8
5 meni t I	2	2	2	1	2	9
5men it II	2	1	2	2	2	9

2. Status Present

- a. Kepala :tidak ada *caput succedaneum*, ubun-ubun lembek, tidak ada *cephalhematom*, dan tidak ada molase.
- b. Muka :tidak oedema, dan warna kulit kemerahan.
- c. Mata :simetris, konjungtiva merah muda, sklera putih.
- d. Hidung :bersih dan tidak ada polip.
- e. Mulut :mukosa bibir lembab, dan berwarna merah muda.
- f. Telinga:simetris dan tidak ada serumen.
- g. Leher :simetris, tidak ada trauma pada *fleksus brakhialis*, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, dan tidak ada pembendungan pada vena jugularis.
- h. Dada :tidak ada retraksi pada dinding dada.
- i. Abdomen :simetris, bersih, tidak ada benjolan, tidak ada perdarah pada tali pusat, tali pusat segar, dan tidak ada tanda-tanda infeksi.
- j. Genetalia :labia mayora sudah menutupi labia minora.
- k. Punggung :tidak ada *spina bifida*.
- l. Anus :ada lubang anus.
- m. Ekstremitas :pergerakan ekstremitas dan bawah aktif, simetris dan jumlah lengkap.
- n. Kulit :berwarna kemerahan.

### 3. Refleksi

- a. *Rooting* refleksi :baik, saat di beri rangsangan di pipi bayi langsung menoleh ke arah rangsangan.
- b. *Sucking* refleksi :baik, bayi mengisap kuat saat diberi ASI.
- c. *Grasping* refleksi :baik, pada saat telapak tangan di sentuh bayi langsung menggenggam.
- d. *Moro* refleksi :baik, saat di rangsang kedua tangan dan kaki fleksi.
- e. *Babinski* refleksi :baik, saat diberi rangsangan di telapak kaki ibu jari kaki fleksi.

**A** : Neonatus Cukup Bulan Sesuai Masa Kehamilan umur 6 jam

**P** :

1. Melakukan observasi tanda-tanda vital pada bayi.  
E/ sudah dilakukan dan tanda-tanda vital pada bayi masih dalam batas normal.
2. Menjelaskan pada ibu dan keluarga tentang kondisi bayinya, keadaan umum bayi baik, denyut nadi : 130x/m, suhu : 36,9°C, pernapasan 48x/m.  
E/ ibu dan keluarga merasa senang dengan informasi yang diberikan.
3. Mengobservasi BAB dan BAK bayi untuk mengetahui input dan output pada tubuh bayi.  
E/ bayi sudah BAB 1 x dan BAK 1 x.
4. Memberikan konseling pada ibu dan keluarga tentang ASI eksklusif serta menganjurkan pada keluarga untuk memotivasi ibu dalam memberikan ASI eksklusif kepada bayinya selama 6 bulan tanpa makanan pendamping ASI lainnya.  
E/ ibu dan keluarga mengerti dengan penjelasan yang diberikan dan bersedia membantu ibu dalam memberikan ASI eksklusif.
5. Menjelaskan kepada ibu dan keluarga tentang tanda-tanda bahaya yang dapat terjadi pada bayi baru lahir yaitu tali pusat bau, bengkak, dan berwarna merah, bayi kuning dan tidak mau menyusu. Jika

menemukan tanda tersebut maka segera memberitahukan pada petugas kesehatan.

E/ ibu dan keluarga mengerti dengan penjelasan yang diberikan dan mengatakan akan mengikuti anjuran yang di berikan.

6. Menginformasikan pada ibu dan keluarga tentang cara menjaga kehangatan pada bayi yaitu membungkus bayi dengan selimut dan mengenakan topi, menggunakan pakaian bayi yang bersih dan kering, segera ganti pakiaan bayi jika lembab atau saat bayi BAB dan BAK.

E/ ibu dan keluarga mengerti dengan penjelasan yang di berikan dan mengatakan akan mengikuti anjuran yang di berikan.

7. Mengajarkan ibu tentang perawatan tali pusay bayi, bila tali pusat basah segera keringkan dan jangan membubuhi apapun serta memakai celana bayi jangan sampai terkena tali pusat.

E/ ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan dan berjanji tidak akan membubuhi apapun pada tali pusat bayinya.

8. Melakukan pendokumentasian.



**Catatan Perkembangan V**  
**Kunjungan Neonatus Umur 3 Hari**

Hari/tanggal : Jumat, 10-05-2019

Jam : 16.00 WITA

Tempat: Rumah Ny. D.S

**S** : ibu mengatakan bayi menangis kuat, bergerak aktif, BAB 2 x,  
BAK 3 x dan bayi minum Asi saat membutuhkan.

**O** : Pemeriksaan Umum

Keadaan umum : baik

Kesadara : composmentis

TTV : nadi : 155x/m, pernapasan : 47x/m, suhu :  
36,5°C.

**A** : Neonatus Cukup Bulan Sesuai Masa Kehamilan Umur 3 hari

**P** :

1. Mengobservasi tanda-tanda vital bayi.  
E/ sudah dilakukan dan tanda-tanda vital bayi masih dalam batas normal.
2. Menjelaskan pada ibu tentang kondisi bayinya. Keadaan umum bayi baik, denyut nadi : 155x/m, pernapasan : 47x/m, suhu : 36,5°C.  
E/ ibu merasa senang dengan hasil pemeriksaan yang ada.
3. Mengobservasi BAB dan BAK bayi untuk mengetahui input dan output pada tubuh bayi.  
E/ bayi sudah BAB 2x dan BAK 3x.
4. Menganjurkan pada ibu dan keluarga untuk menjaga kebersihan bayi terutama pada daerah genetalia dengan cara segera mengganti popok

setelah bayi BAB dan BAK dan membersihkan dari arah depan ke belakang.

E/ ibu dan keluarga mengerti dengan penjelasan yang diberikan dan mengatakan akan mengikuti anjuran yang diberikan.

5. Menginformasikan kepada ibu dan keluarga tentang kebutuhan nutrisi. Ibu harus membangunkan bayi setiap 2 jam sekali untuk memberikan ASI sehingga kebutuhan nutrisi bayi dapat terpenuhi.

E/ ibu dan keluarga mengerti dengan penjelasan yang diberikan dan mengatakan akan mengikuti anjuran yang diberikan.

6. Menganjurkan ibu dan keluarga untuk menjemur bayi dibawah sinar matahari pagi sekitar pukul 07.00-08.00 WITA selama 15 menit agar bayi mendapat vitamin D dan bayi tidak kuning.

E/ ibu dan keluarga mengerti dengan penjelasan yang diberikan dan mengatakan akan mengikuti anjuran yang diberikan.

7. Melakukan pendokumentasian.

**Catatan Perkembangan VI**  
**Kunjungan Neonatus Umur 9 Hari**

Hari/tanggal : Kamis, 16-05-2019

Jam : 17.00 WITA

Tempat: Rumah Ny. D.S

**S** : ibu mengatakan bayi menangis kuat, bergerak aktif, BAB 3x, BAK 5x dan bayi diberi ASI setiap 2 jam sekali atau saat bayi membutuhkan.

**O** : Pemeriksaan Umum

KU : baik

Kesadaran : composmentis

TTV : TD : 220/80 mmHg, nadi : 142x/m, pernapasan : 50x/m,  
suhu : 36,8°C

**A** : Neonatus Cukup Bulan Sesuai Masa Kehamilan Umur 9 Hari

**P** :

1. Menginformasikan hasil pemeriksaan bayi kepada ibu dan keluarga bahwa keadaan bayi baik.
2. Menilai tanda dan gejala infeksi pada bayi. Tidak ada tanda dan gejala infeksi pada bayi.
3. Menginformasikan pada ibu bahwa keadaan ibu dan bayi baik, tanda vital dalam batas normal. Ibu mengerti dan merasa senang dengan hasil pemeriksaan.
4. Mengkaji poin konseling tenang perlekatan bayi kepada ibu. Ibu masih dapat mencontohkan dan menjelaskan dengan baik.
5. Mengajarka pada ibu tanda-tanda jika bayi cukup ASI.

6. Menginformasikan pada ibu bahwa bayinya harus mendapatkan imunisasi lengkap yaitu HB0 umur 0-7 hari, BCG dan Polio I umur 1 bulan, DPT HBI dan Polio 2 pada umur 2 bulan, DPT HB2 dan polio 3 pada umur 3 bulan, DPT HB3 dan Polio 4 pada umur 4 bulan dan campak pada umur 9 bulan.
7. Menganjurkan kepada ibu untuk memeriksakan bayinya setiap bulan di posyandu atau fasilitas kesehatan terdekat untuk memantau tumbuh kembang bayinya.
8. Mendokumentasikan hasil pemeriksaan secara benar dan lengkap.

## Catata Perkembangan VII

### Kunjungan Nifas 6 Jam

Hari/tanggal : Kamis, 09-05-2019

Jam : 18.00 WITA

Tempat: Ruang Bersalin Puskesmas Pembantu Tenau

**S** : ibu mengatakan perutnya masih terasa mules.

**O** : KU : baik

Kesadaran : composmentis

TTV : TD : 120/70mmHg, pernapasan : 22x/m, suhu : 37,3°C,  
nadi : 72x/m

Pemeriksaan Fisik :

1. Kepala : muka : tidak oedema dan sedikit pucat  
mata : konjungtiva merah muda dan sklera putih
2. Dada : simetris, pada payudara puting susu menonjol, terjadi  
hiperpigmentasi pada areola mammae, dan colostrum sudah  
keluar.
3. Abdomen : kontraksi baik, TFU 2 jari dibawah pusat
4. Ekstremitas : atas : normal, tidak oedema  
bawah : simetris, tidak oedema dan tidak ada  
kelainan.

**A** : Ibu P<sub>3</sub>A<sub>0</sub>AH<sub>3</sub> Post Partum Normal 6 Jam

**P** :

1. Mengobservasi tanda-tanda vital pada ibu dan keluarga yaitu TD :  
120/70mmHg, pernapasan : 22x/m, suhu : 37,3°C, nadi : 72x/m.

E/ ibu menerima hasil pemeriksaan yang telah dilakuakn

2. Menganjurkan ibu untuk tetap banyak mengkonsumsi air pada 6 bulan pertama yaitu sebanyak 14 gelas per hari dan 6 bulan ke dua yaitu 12 gelas per hari dan tetap menjaga pola makan yang bernutrisi baik demi produksi ASI yang berkualitas.

E/ ibu mengerti dengan ajuran yang diberikan dan beranji akan mengikutinya.

3. Menganjurkan ibu untuk melakukan kontak kulit dengan bayinya.

E/ ibu mengerti dengan penjelasan dan akan mengikuti penjelasan tersebut.

4. Mengajarkan ibu perlekatan bayi saat menyusui yang baik dan benar agar kegiatan menyusu ibu menjadi efektif.

E/ ibu mengerti dan dapat melakukan dengan baik.

5. Menganjurkan pada ibu untuk istirahat yang cukup yaitu saat bayi tidur ibu juga ikut beristirahat. Apabila ibu tidak cukup beristirahat maka dapat mempengaruhi produksi ASI.

E/ ibu bersedia mengikuti anjuran yang diberikan.

6. Menganjurkan kepada ibu untuk tetap menjaga kebersihan diri terutama pada daerah genatalia.

E/ ibu bersedia mengikuti anjuran yang diberikan.

7. Menjelaskan tanda bahaya pada masa nifas pada ibu seperti terjadi perdarahan lewat jalan lahir, keluar cairan yang berbau dari jalan lahir, bengkak diwajah, tangan dan kaki, demam lebih dari 2 hari, payudara bengkak disertai rasa sakit. Ibu harus segera mengunjungi fasilitas kesehatan agar segera mendapat penanganan.

E/ ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan.

8. Menjadwalkan kunjungan ibu ke Puskesmas pada tanggal 16-05-2019.

9. Melakukan pendokumentasian.

## Catatan Perkembangan VIII

### Kunjungan Nifas Hari ke-4

Hari/tanggal : Selasa, 14-05-2019

Jam : 17.00 WITA

Tempat: Rumah Ny. D.S

**S** : ibu mengatakan tidak ada keluhan

**O** : KU : baik

Kesadaran : composmentis

TTV : TD : 120/70 mmHg, pernapasan : 21x/m, suhu :  
36,5°C, nadi : 75x/m

TFU pertengahan pusat *shympisis*

**A** : Ny. D.S P<sub>3</sub>A<sub>0</sub>AH<sub>3</sub> Post Partum hari Ke 4

**P** :

1. Mengobservasi tanda-tanda vital dan memberitahukan kepada ibu dan keluarga yaitu tekanan darah 120/70 mmHg, pernapasan 21 x/mnt, suhu 36,5 °C dan nadi 75 x/mnt.

E/ Ibu dan keluarga sudah mengetahui tentang keadaan ibu.

2. Menganjurkan pada ibu untuk selalu menjaga kehangatan bayinya dengan cara memakai topi pada kepala bayi dan menggunakan selimut.

E/ Ibu mengerti dan telah memakaikan topi dan selimut

3. Menganjurkan kepada ibu untuk mengkonsumsi makanan bergizi yakni makan sayuran hijau seperti bayam, kacang-kacangan (kacang

hijau, kacang panjang, buncis) untuk proses pemulihan kondisi kesehatan ibu dan juga memperbanyak produksi ASI.

E/ Ibu mengerti dan mau melakukannya.

4. Mengajarkan kepada ibu cara menyusui yang baik dan benar yakni memastikan posisi ibu dalam posisi yang nyaman, kepala bayi berada dalam garis lurus, wajah bayi menghadap payudara, hidung berhadapan dengan puting, ibu harus memeluk badan bayi dekat dengan badannya, ibu harus menyangga seluruh badan bayi, sebagian besar areola masuk ke dalam mulut bayi, mulut terbuka lebar, bibir bawah melengkung keluar, dagu menyentuh payudara ibu.

E/ Ibu mengerti dan bisa mempraktikkan cara menyusui yang baik dan benar.

5. Menganjurkan kepada ibu untuk selalu memberikan ASI tiap 2 jam sekali.

E/ Ibu mengerti dan akan memberikan ASI setiap 2 jam

6. Menganjurkan ibu untuk tetap menjaga pola istirahat dengan beristirahat siang minimal 2 jam dan malam 8 jam.

E/ Ibu mau mengikuti anjuran yang diberikan.

7. Mendokumentasikan hasil pemeriksaan.



**Catatan Perkembangan IX**  
**Kunjungan Nifas Hari Ke 14**

Hari/tanggal : Minggu, 19-05-2019

Jam : 15.00 WITA

Tempat: Rumah Ny. D.S

**S** : ibu mengatakan tidak ada keluhan.

**O** : KU : baik

Kesadaran : composmentis

Keadaan Emosional : stabil

TTV :TD:120/80mmHg, pernapasan: 22x/m, suhu :36,5°C, nadi : 78x/m.

**A** : Ny. D.S P<sub>3</sub>A<sub>0</sub>AH<sub>3</sub> Post Partum hari ke 14

**P** :

1. Menginformasikan pada ibu bahwa keadaan ibu baik, tanda vital dalam batas normal, kontraksi uterus ibu baik, dan perdarahan normal.

E/ ibu mengerti dan merasa senang dengan hasil pemeriksaan

2. Menganjurkan ibu untuk tetap banyak mengonsumsi air pada 6 bulan pertama yaitu sebanyak 14 gelas per hari dan 6 bulan ke dua yaitu 12 gelas per hari dan tetap menjaga pola makan yang bernutrisi baik demi produksi ASI yang berkualitas.

E/ ibu mengerti dengan ajuran yang diberikan dan beranji akan mengikutinya.

3. Mengajarkan kepada ibu untuk menjaga kebersihan diri seperti menjaga agar daerah kemaluan tetap bersih dengan cara mengganti pembalut sesering mungkin apabila ibu merasa sudah tidak nyaman.  
E/ ibu mengerti dan bersedia mengikuti anjuran yang diberikan.
4. Mengajarkan pada ibu untuk istirahat yang cukup yaitu saat bayi tidur ibu juga ikut beristirahat. Apabila ibu tidak cukup beristirahat maka dapat mempengaruhi produksi ASI.  
E/ ibu bersedia mengikuti anjuran yang diberikan.
5. Menjelaskan tanda bahaya pada masa nifas pada ibu seperti terjadi perdarahan lewat jalan lahir, keluar cairan yang berbau dari jalan lahir, bengkak diwajah, tangan dan kaki, demam lebih dari 2 hari, payudara bengkak disertai rasa sakit. Ibu harus segera mengunjungi fasilitas kesehatan agar segera mendapat penanganan.  
E/ ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan.
6. mengajarkan ibu perlekatan bayi saat menyusui yang baik dan benar agar kegiatan menyusu ibu menjadi efektif.  
E/ ibu mengerti dan dapat melakukan dengan baik.
7. Mengajarkan ibu untuk segera mengikuti Program KB setelah 40 hari nanti. Mengajarkan ibu menggunakan alat kontrasepsi jangka panjang dan memutuskan dengan suami alat kontrasepsi apa yang akan ibu gunakan.  
E/ ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan dan akan mendiskusikannya dengan suaminya.

### **C. Pembahasan**

Pada langkah pertama yaitu pengumpulan data dasar, penulis memperoleh data dengan mengkaji secara lengkap informasi dari sumber tentang klien. Informasi ini mencakupi riwayat hidup, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang sesuai kebutuhan. Data pengkajian di bagi menjadi data subyektif dan data objektif.

Data subyektif adalah data yang di peroleh dari klien, dan keluarga, sedangkan data obyektif adalah data yang di peroleh berdasarkan hasil pemeriksaan (Sudarti, 2010).

Data subyektif dapat di kaji berupa identitas atau biodata ibu dan suami, keluarga utama, riwayat menstruasi, riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu, riwayat kehamilan sekarang, riwayat KB, riwayat penyakit ibu maupun keluarga, riwayat pernikahan, pola kebiasaan sehari-hari (makan, eliminasi, istirahat, kebersihan diri dan aktifitas), serta riwayat psikososial dan budaya.

Data subyektif yang di dapat pada Ny. D. S umur 28 tahun, pekerjaan IRT, dan suami Tn. J.T. Saat pengkajian pada kunjungan ANC trimester III ibu mengatakan ini hamil yang ketiga kali, dan ini kunjungan yang ke empat di Puskesmas Pembantu Tenau. Hal ini sesuai dengan (Kemenkes, 2013) jadwal pemeriksaan antenatal minimal 1 kali pada trimester I, 1 kali pada trimester II (0 - <28 minggu) dan 2 kali pada trimester III (28 -  $\geq$  36 minggu), sama halnya dengan Walyani (2015) mengatakan interval kunjungan pada ibu hamil minimal sebanyak 4 kali, yaitu setiap 4 minggu sekali sampai minggu ke 28, kemudian 2-3 minggu sekali sampai minggu

ke 36 dan sesudahnya setiap minggu. Hal ini berarti ibu mengikuti anjuran yang di berikan bidan untuk melakukan kunjungan selama kehamilan. Keluhan utama yang ibu rasakan yaitu nyeri pada punggung, sering buang air kencing, hal ini di perkuat oleh Romauli (2011), ketidaknyamanan yang di rasakan oleh ibu hamil trimester III yaitu sering buang air kecil, keputihan, sembelit, sesak napas, perut kembung, sakit punggung atas dan bawah. Menurut Walyani (2015) susah bernapas karena tekanan bayi yang berada di bawah diafragma menekan paru-paru ibu.

Ibu menyatakan sudah mendapat imunisasi TT5. Menurut Kemenkes (2015) TT1 di berikan saat kunjungan ANC pertama dan TT2 di berikan 4 minggu setelah TT1 dengan masa perlindungan selama 3 tahun TT3 di berikan 6 minggu setelah pemberian TT2 dengan masa perlindungan 5 tahun. Ibu mengatakan merasakan pergerakan anak pertama kali usia 4 bulan lebih. Hal ini sesuai dengan teori (Pantikawati dan Saryono 2010) ibu hamil (primigravida) dapat merasakan gerakan halus dan tendangan kaki bayi di usia kehamilan 18-20 minggu di hitung dari haid pertama haid terakhir.

Data obyektif di dapat dari Ny. D. S umur 28 tahun G3P2AH2 hamil 29 minggu 1 hari yaitu keadaan umum baik, keadaan emosional stabil kesadaran komposmentis. Tanda – tanda vital TD 90/70 mmHg, N : 85 x/menit, RR 20x/menit, S : 36 °c, BB sebelum hamil 49 kg saat hamil 58 kg dan lila 29 cm. Hal ini sesuai dengan teori Romauli (2011) pemeriksaan tanda – tanda vital, TD : dikatakan darah tinggi bila lebih dari 140/90 mmHg, Nadi : 60 – 80x/menit, pernapasan normalnya : 16 – 24x/menit, suhu tubuh normalnya : 36,5 – 37,5 °c. Pada pemeriksaan tanda vital menunjukan batas normal berarti ibu dalam keadaan sehat. Pada bagian kiri LILA kurang dari 23,5 cm merupakan indikator kuat untuk status gizi ibu yang kurang/buruk. Hal ini berarti ibu tidak mengalami gizi kurang/buruk. Palpasi abdominal TFU 25 cm, Leopold I : TFU 3 jari dibawah prosesus xipodeus, pada fundus teraba bagian yang lunak, kurang bundar, dan kurang melenting yaitu bokong. Leopold II: kanan : pada perut

bagian kanan ibu teraba keras, datar, memanjang seperti papan yaitu punggung, kiri : pada perut bagian kiri ibu teraba bagian yang terkecil janin yaitu kaki dan tangan. Leopold III : pada segmen bawah rahim teraba bulat, keras, dan melenting yaitu kepala. Leopold IV : konvergen perlimaan 5/5 (bagian terbesar kepala belum masuk PAP). Hal ini sesuai dengan Romauli (2011) Leopold I normal tinggi fundus uteri sesuai dengan usia kehamilan. Pada fundus teraba bagian lunak dan tidak melenting (bokong). Tujuan : untuk mengetahui TFU dan bagian yang berada difundus, leopold II normalnya teraba bagian panjang, keras seperti papan (punggung) pada satu sisi uterus dan pada sisi lain teraba bagian kecil. Tujuan : untuk mengetahui batasa kiri/kanan pada uterus ibu, yaitu punggung pada letak bujur dan kepala pada letak lintang, Leopold III normalnya teraba bagian panjang, keras seperti papan (punggung) pada satu sisi uterus dan pada sisi lain teraba bagian kecil. Tujuan untuk menentukan bagian janin apa (kepala/bokong) yang terdapat dibagian bawah perut ibu,serta apakah bagian janin tersebut sudah masuk pintu atas panggul (PAP), Leopold IV posisi tangan masih bisa bertemu, dan belum masuk PAP (divergen). Tujuan untuk mengetahui seberapa jauh masuknya bagian terendah janin kedalam PAP dan ternyata kepala sudah masuk PAP. Auskultasi DJJ frekuensinya 150 x/menit ini sesuai dengan Romauli (2011) DJJ dihitung selama 1 menit penuh. Jumlah DJJ normal antara 120-160x/menit.

1. Analisa masalah dan diagnosa

Pada langkah kedua yaitu diagnosa dan masalah, pada langkah ini dilakukan identifikasi masalah yang benar terhadap diagnosa dan masalah serta kebutuhan klien berdasarkan interpretasi yang benar atas data – data dari hasil anamnesa yang dikumpulkan. Data yang sudah dikumpulkan diidentifikasi sehingga ditemukan masalah atau diagnosa yang spesifik. G<sub>3</sub> P<sub>2</sub> A<sub>0</sub> AH<sub>2</sub> UK 29 minggu 1 hari janin hidup tunggal letak kepala intrauteri keadaan jalan lahir normal keadaan ibu dan janin sehat. Romauli (2011) merumuskan diagnosa :

hamil atau tidak primi atau multigravida, tuanya kehamilan, anak hidup atau mati, anak tunggal atau kembar, letak anak, anak intra uterin atau ekstra uterin, keadaan jalan lahir dan keadaan umum penderita (Romauli, 2011). Penulis mendiagnosa masalah yaitu gangguan ketidaknyamanan pada trimester III. Menurut Pudiastuti (2012) ketidaknyamanan trimester III yaitu : cepat lelah, keram pada kaki, sesak nafas, sering buang air kecil, dan sakit punggung bagian atas dan bawah. Kebutuhan yaitu KIE cara mengatasi gangguan ketidaknyamanan yang dirasakan ibu. Menurut Romauli (2011) salah satu kebutuhan ibu hamil trimester III salah satunya perawatan ketidaknyamanan.

## 2. Antisipasi Masalah Potensial

Pada langkah ketiga yaitu antisipasi diagnosa dan masalah potensial berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosa yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi bila memungkinkan dilakukan pencegahan penting sekali dilakukan pencegahan. (Manuaba, 2010). Penulis tidak menemukan adanya masalah potensial karena keluhan atau masalah tetap.

## 3. Tindakan Segera

Pada langkah keempat yaitu tindakan segera, bidan menetapkan kebutuhan terhadap tindakan segera, melakukan konsultasi, kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain berdasarkan kondisi klien (Manuaba, 2010). Penulis tidak menuliskan kebutuhan terhadap tindakan segera atau kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain, karena tidak terdapat adanya masalah yang membutuhkan tindakan segera.

## 4. Perencanaan Tindakan

Pada langkah kelima yaitu perencanaan tindakan, asuhan yang ditentukan berdasarkan langkah – langkah sebelumnya dan merupakan kelanjutan terhadap masalah dan diagnosa yang telah diidentifikasi.

Penulis membuat perencanaan yang dibuat berdasarkan tindakan segera atau kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain.

Perencanaan yang dibuat pada ibu informasikan hasil pemeriksaan kepada ibu, persiapan persalinan seperti memilih tempat persalinan, pemolong persalinan, pengambil keputusan, memilih pendamping pada saat persalinan, calon pendonor darah, biaya persalinan, serta pakaian ibu dan bayi (Marmi, 2012), asupan gizi untuk ibu hamil, penjelasan tentang manfaat atau pentingnya IMD, perawatan payudara selama kehamilan, tanda – tanda persalinan nyeri perut yang hebat menjalar keperut bagian bawah, keluar lendir bercampur darah dari jalan lahir, keluar air ketuban dari jalan lahir dan nyeri yang sering serta teratur (Marmi, 2012), jelaskan pada ibu tentang ASI eksklusif, jelaskan pada ibu tentang pentingnya KB setelah melahirkan, anjurkan ibu untuk tetap menjaga kebersihan dirinya untuk memenuhi kesejahteraan fisik dan psikis ibu hamil, ketidak nyamanan pada kehamilan trimester III seperti sakit punggung atas dan bawah, sering kencing disebabkan oleh karena pada akhir kehamilan kepala janin akan turun ke pintu atas panggul dan menekan kandung kemih (Saryono, 2012), selain itu diberikan pendidikan kesehatan tentang tanda – tanda persalinan, serta kunjungan ulang 1 minggu, kunjungan ulang pada trimester III dilakukan setiap 1 minggu (Walyani, 2015), dokumentasi hasil pemeriksaan mempermudah dalam pemberian pelayanan antenatal selanjutnya (Manuaba, 2010).

Selain itu ada tanda – tanda bahaya kehamilan trimester III seperti perdarahan pervaginam, kejang, penglihatan kabur, gerakan janin berkurang, nyeri perut yang hebat, dan oedema pada wajah, tangan serta kaki (Pantikawati dan Saryono, 2011), tanda – tanda persalinan nyeri perut yang hebat menjalar keperut bagian bawah, keluar lendir bercampur darah dari jalan lahir, keluar air ketuban dari jalan lahir dan nyeri yang sering serta teratur (Marmi, 2012), minum obat (SF, vit C, dan kalk) secara teratur sesuai dengan dosis, manfaat

pemberian obat tambah darah 1 tablet mengandung 60 mg sulfat ferosus dan 0,25 mg asam folat untuk menambah zat besi dan kadar haemoglobin dalam darah, vitamin C 50 mg berfungsi membantu penyerapan tablet Fe dan Kalak 1200 mg membantu pertumbuhan tulang dan gigi janin (Marjati, 2011). Serta kunjungan ulang 1 minggu, kunjungan ulang pada trimester III dilakukan setiap 1 minggu (Walyani, 2015), dokumentasi hasil pemeriksaan mempermudah dalam pemberian pelayanan antenatal selanjutnya (Manuab, 2010).

#### 5. Pelaksanaan

Pada langkah keenam yaitu pelaksanaan asuhan secara efisien dan aman. Pelaksanaan ini dapat dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagiannya oleh klien atau Tim Kesehatan lainnya. (Manuaba, 2010)

Penulis telah melakukan pelaksanaan sesuai dengan rencana tindakan yang sudah dibuat. Pelaksanaan yang dilakukan yaitu menginformasikan hasil pemeriksaan kepada ibu bahwa keadaan ibu dan janin baik, memberikan penjelasan mengenai persiapan persalinan, manfaat makanan bergizi bagi ibu hamil, manfaat IMD atau menyusui dini, tanda bahaya kehamilan trimester III, menjelaskan tentang perawatan pada masa kehamilan serta ketidaknyamanan pada kehamilan yang sedang dialami oleh ibu, menjelaskan tentang manfaat pemberian obat.

#### 6. Evaluasi

Pada langkah ketujuh yaitu evaluasi dilakukan keefektifan dan asuhan yang diberikan. Hal ini dievaluasi meliputi apakah kebutuhan telah terpenuhi dan mengatasi diagnosa dan masalah yang diidentifikasi. Untuk mengetahui keefektifan asuhan yang diberikan pasien dapat diminta untuk menulangi penjelasan yang diberikan. (Manuaba, 2010). Hasil evaluasi yang didapatkan penulis mengenai penjelasan dan anjuran yang diberikan bahwa ibu merasa senang dengan informasi yang diberikan dan mau mengikuti anjuran yang



diberikan serta ibu mengerti dan dapat mengulang kembali penjelasan yang diberikan.

a. Persalinan

Data subyektif pada persalinan kala I fase laten yang di dapat dari Ny. D. S umur 28 tahun yaitu mengatakan bahwa ibu hamil anak ketiga sudah tidak haid  $\pm$  9 bulan yang lalu, dan merasakan perutnya mules mengeluh sakit pinggang menjalar keperut bagian bawah sejak jam 10.00 WITA dan keluar lendir bercampur darah dari jalan lahir jam 10.00 WITA. Sedangkan kala I fase aktif data subyektif yang didapat yaitu sakit pinggang menjalar keperut bagian bawah semakin bertambah. Hal ini sesuai dengan teori dalam (Marmi, 2012) penyebab persalinan menurut teori penurunan hormon progesteron, kadar progesteron menimbulkan relaksasi otot uterus, selama hamil terdapat keseimbangan antara kadar estrogen dan progesteron didalam darah, pada akhir kehamilan kadar progesteron menurun sehingga timbulnya His. Menurut (Marmi, 2012) ciri – ciri His persalinan yaitu pinggang terasa sakit menjalar keperut bagian bawah, terjadi perubahan pada servik, jika pasien menambah aktivitas misalnya dengan berjalan maka kekuatan His akan bertambah. Menurut (Ilmiah, 2015) tanda – tanda timbulnya persalinan salah satunya pengeluaran lendir darah (*bloody show*).

Data subyektif yang didapat dari kala II yaitu ibu mengatakan pinggangnya terasa sakit menjalar keperut bagian bawah makin bertambah, ibu ingin meneran dan ingin berteriak ada pengeluaran cairan tiba – tiba dari jalan lahir. Hal ini sesuai teori dalam (Ilmiah, 2015) tanda –tanda persalinan kala II yaitu ibu ingin meneran bersama dengan kontraksi, ibu merasa peningkatan pada rectum/vagina, perinium terlihat menonjol, serta vulva dan svingter ani membuka. Pada kala III ibu mengatakan perutnya mules, menurut (Rukiah dkk, 2009) data subyektif kala III yaitu ibu mengatakan perutnya mules, bayi sudah lahir, plasenta belum lahir. Pada kala IV yaitu sedikit lemas, lelah dan tidak nyaman, ibu mengatakan darah yang keluar banyak seperti hari pertama haid.

Data Obyektif yang didapat dari Ny. D.S umur 28 tahun pada persalinan kala I fase aktif pada pemeriksaan dalam pukul 11.15 WITA, pembukaan 10 cm, *effacemen* 80 % bagian terendah kepala turun hodge III. Hal ini sesuai dengan teori tahapan persalinan dalam (Marmi, 2012) pada kala I fase aktif dimulai dari pembukaan serviks 4 cm sampai terjadi pembukaan lengkap 10 cm. Kala I dinamakan juga kala pembukaan, dapat dinyatakan partus dimulai bila timbul his dan wanita tersebut mengeluarkan lendir yang bersama darah disertai dengan pendataan (effacement).

Pada kala II, data obyektif yaitu pada pemeriksa dalam yaitu vulva vagina : tidak ada kelainan, tidak ada oedema, tidak ada condiloma, tidak ada inflamasi, tidak ada jaringan parut, ada pengeluaran lendir darah, portio tidak teraba, pembukaan 10 cm *effacement* 100 %, kulit ketuban masih ada, presentasi : kepala ubun – ubun kecil kiri depan, tidak ada bagian terkecil janin di samping, kepala turun hodge IV, tidak ada molase, hal ini sesuai dengan teori (Rukiah dkk, 2009) data obyektif pada kala II dinding vagina tidak ada kelainan, portio tidak teraba, pembukaan 10 cm (lengkap), ketuban negatif, presentasi kepala, penurunan kepala hodge IV, posisi ubun – ubun kecil kiri depan dan tidak ada molase.

Pada kala III data obyektif yaitu TFU: setinggi pusat, membundar, keras, tali pusat bertambah panjang dan keluar darah dari jalan lahir. Hal ini sesuai dengan teori dalam (Lailiyana dkk, 2011) yaitu tanda – tanda pelepasan plasenta yaitu uterus menjadi bundar, keras, tali pusat bertambah panjang dan keluar darah bertambah banyak. Dan diperkuat dengan teori (Rukiah dkk, 2009) data obyektif pada kala III observasi keadaan umum ibu, kontraksi uterus baik atau tidak, observasi pelepasan plasenta yaitu uterus bertambah bundar, perdarahan sekonyong – konyong, tali pusat yang lahir memanjang, fundus uteri naik.

Assement yaitu hasil pengkajian data subyektif dan obyektif, didapatkan saat memasuki fase persalinan yaitu inpartu kala I, II, III dan kala IV. Diagnosa ditegakan berdasarkan keluhan yang disampaikan ibu

dan hasil pemeriksaan oleh bidan serta telah disesuaikan dengan standar II adalah standar perumusan diagnosa menurut keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia no. 938/Menkes SK/VIII/2007.

Penatalaksanaan yang diberikan pada Ny.D.S umur 28 tahun pada kala I fase aktif yaitu memberikan dukungan pada ibu dan keluarga dengan yakinkan mereka bahwa proses persalinan merupakan hal yang fisiologi, memberi informasi tentang kemajuan persalinan, berbaring miring ke kiri, mengajarkan ibu saat merasakan nyeri melakukan teknik bernafas, menganjurkan ibu makan dan minum di luar his, menganjurkan ibu untuk berkemih, menganjurkan suami dan keluarga untuk melakukan masase/pijat pada punggung ibu, hal ini sesuai dengan teori (Marmi, 2012) asuhan sayang ibu kala I yaitu berikan dukungan dan yakinkan dirinya, berilah informasi mengenai proses kemajuan persalinan, lakukan perubahan posisi sesuai dengan keinginan, tetapi jika ibu ditempat tidur sebaiknya dianjurkan tidur miring ke kiri, sarankan ibu untuk berjalan, berikan cukup minum untuk mencegah dehidrasi dan sarankan ibu untuk berkemih sesering mungkin.

Pada fase aktif mengobservasi his, nadi, DJJ setiap 30 menit, pembukaan serviks, tekanan darah setiap 4 jam, dan suhu setiap 2 jam, hal ini sesuai dengan teori (Marmi, 2012) waktu pencatatan kondisi ibu dan bayi pada fase laten DJJ setiap 30 menit, kontraksi setiap 1 jam, nadi setiap 1 jam, pembukaan servik setiap 4 jam, penurunan kepala setiap 4 jam, suhu setiap 2 jam, sedangkan pada fase aktif yaitu tekanan darah setiap 4 jam, suhu setiap 2 jam, DJJ setiap 30 menit, kontraksi setiap 30 menit, pembukaan serviks setiap 4 jam, penurunan kepala setiap 4 jam dan nadi setiap 30 menit. Pukul 11.30 WITA pembukaan 10 cm dan terlihat adanya tanda gejala kala II (ibu ingin meneran pada saat kontraksi, ibu merasa peningkatan pada rectum, perineum terlihat menonjol, vulva vagina dan sfingter ani membuka) maka melakukan pertolongan persalinan sesuai 60 langkah APN, hal ini sesuai dengan (Marmi, 2012) menolong persalinan sesuai dengan 60 APN bayi lahir

spontan pukul 11.50 WITA, lamanya kala II 35 menit, menurut (Marmi, 2012) lamanya kala II untuk primi 1,5 – 2 jam, pada multi 0,5 – 1 jam.

b. Bayi Baru Lahir

Data subyektif yang didapat pada By Ny.D.S ibu mengatakan keadaan bayinya baik – baik saja, dan bayinya sudah menetek dengan kuat BAK 1 kali. Pada kunjungan kedua mengatakan bayinya sehat – sehat. Isap ASI kuat, tali pusat sudah terlepas hal ini sesuai dengan teori (Wahyuni, 2012) tali pusat biasanya jatuh sekitar 5 -7 hari setelah lahir. Mungkin akan keluar beberapa tetes darah atau lendir saat tali pusat terlepas ini hal yang normal, dan BAB 3 kali serta BAK 6 kali. Kunjungan yang ketiga yang didapat dari By Ny.D.S yaitu ibu mengatakan bayinya sehat – sehat dan ASI keluar banyak, BAK 6 kali, BAB 4 kali, sesuai dengan (Wahyuni, 2012) bayi miksi minimal 6 kali sehari, dan bayi defekasi 4 – 6 kali sehari.

Data obyektif yang dikaji pada By Ny. D. S pada kunjungan pertama yaitu keadaan umum : baik, kesadaran : composmentis, warna kulit kemerahan, gerakan aktif, tanda – tanda vital suhu : 37°C, nadi : 140 x/permenit, pernafasan : 45 x/ menit, isapan ASI kuat, kulit kemerahan. Pada kunjungan kedua didapat keadaan umum baik, kesadaran composmentis, warna kulit kemerahan, gerakan aktif, tanda – tanda vital suhu : 36,5 °C, nadi : 140 x/ menit, pernafasan : 40 x/menit, isapan ASI kuat, kulit kemerahan, pusatnya sudah kering. BB : 2700 gr. Hal ini sesuai dengan teori (Ilmiah, 2015) tanda – tanda vital pada bayi tingkat pernafasan normalnya 30 – 60 x/menit, detak jantung janin normalnya 120 – 160 x/menit, suhu tubuh normalnya 36,5 – 37,5 °C. Dan menurut (Wahyuni, 2012) menjelaskan bayi yang normal memiliki tonus otot yang normal, gerakan aktif, warna kulit normal merah muda (tidak kebiruan), menangis kuat.

Assesment yaitu hasil pengkajian data subyektif dan obyektif ditegakan berdasarkan keluhan yang disampaikan ibu dan hasil pemeriksaan oleh bidan terhadap Bayi serta telah disesuaikan dengan

standar II adalah standar perumusan diagnosa menurut Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 938/Menkes SK /VIII/2007.

Penatalaksanaan pada Ny. D. S yaitu pada kunjungan pertama yaitu mengajarkan ibu tentang ASI eksklusif, mengajarkan ibu cara menjaga kehangatan, mengajarkan ibu cara mencegah infeksi, mengajarkan tanda – tanda bahaya bayi pada orang tua, mengajarkan ibu cara merawat tali pusat, hal ini sesuai dengan teori (Marmi, 2012) asuhan yang 1 -24 jam pertama lahir dengan mengajarkan orang tua cara merawat bayi yaitu nutrisi : berikan ASI sesering keinginan bayi atau kebutuhan ibu (jika payudara ibu penuh), berikan ASI saja sampai berusia 6 bulan, menganjurkan ibu untuk datang ke puskesmas untuk mendapatkan imunisasi dan melakukan kunjungan ulang sesuai jadwal yang sudah ditentukan.

c. Nifas

Data subyektif kunjungan pertama post partum yang didapat pada Ny. D. S yaitu ibu mengatakan bahwa keadaan ibu sekarang baik – baik saja, perutnya sedikit mules, ibu merasakan sedikit lega dan tenang setelah ibu mengalami kecemasan dan juga ibu mengatakan keluar darah sedikit dari jalan lahir serta ibu belum ada keinginan untuk BAK. Kunjungan kedua yang didapat dari Ny. D. S yaitu mengatakan kondisinya sekarang mulai membaik dan pola makan ibu selalu teratur dan BAB, BAK lancar, ASI keluar lancar dan banyak. Data subyektif yang didapat dari kunjungan nifas ketiga yaitu ibu mengatakan sekarang sudah semakin sehat, pengeluaran darah dari jalan lahir sedikit, ASI keluar banyak dan lancar.

Data obyektif yang didapat pada Ny. D. S pada kunjungan pertama post partum yaitu TFU : 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik (mengeras), perdarahan : ½ pembalut, colostrum (+), lochea rubra. Pada kunjungan kedua yang didapat pada Ny.D.S yaitu ASI lancar, TFU pertengahan pusat dan simpysis, pengeluaran lochea sanguinolenta (warnanya merah kuning berisi darah dan lendir), yang didapat pada

kunjungan ketiga yaitu ASI lancar, TFU tidak teraba diatas simpysis dan pengeluaran lochea alba, hasil pemeriksaan lab HB : 11,4 gr% hal ini sesuai dengan teori (Maritalia, 2014) pada masa nifas minimal HB 11 gr%. Menurut (Anggraini, 2010) TFU berdasarkan masa involusi setelah plasenta lahir TFU 2 jari dibawah pusat, 1 minggu pertengahan pusat dan simpysis, 2 minggu tidak teraba diatas simpysis. Menurut (Nugroho dkk,2014) lokhea rubra keluar dari hari 1 – 3 warnanya merah kehitaman ciri – ciri terdiri dari sel desidua, verniks caseosa, rambut lanugo, sisa mekonium dan sisa darah, lokhea sanguinolenta keluarnya 3 – 7 hari, warna putih bercampur darah, ciri – ciri sisa darah bercampur lendir, lokhea alba > 14 hari warnanya putih, ciri –ciri mengandung leukosit selaput lendir serviks dan serabut jaringan yang mati.

Assesment yaitu hasil pengkajian data subyektif dan obyektif, didapatkan berdasarkan keluhan yang disampaikan ibu dan hasil pemeriksaan oleh bidan serta telah disesuaikan dengan standar II adalah standar perumusan diagnosa menurut keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia no. 938/Menkes SK/VIII/2007.

Penatalaksanaan pada kunjungan pertama yaitu makan makanan yang bergizi mengandung karbohidrat, protein, vitamin, mineral dan buah, minum air maksimal 14 gelas sehari, menganjurkan ibu untuk menyusui bayinya maksimal 10 – 12 kali dalam 24 jam, menganjurkan ibu untuk mengikuti KB pasca salin, menganjurkan ibu menjaga kebersihan diri, termasuk kebersihan daerah kemaluan, ganti pembalut sesering mungkin, menganjurkan ibu untuk mobilisasi dini, menganjurkan ibu untuk merawat payudaranya, menganjurkan ibu untuk melakukan hubungan seksual setelah darah merah berhenti dan ibu sudah merasa nyaman, mengajarkan tanda – tanda bahaya pada masa nifas yaitu : demam, perdarahan aktif, bekuan darah banyak, bau busuk dari vagina, pusing, lemas luar biasa, kesulitan dalam menyusui, nyeri panggul atau abdomen yang lebih dari kram uterus biasa, menganjurkan ibu untuk istirahat cukup, saat bayi tidur ibu istirahat, lakukan stimulasi komunikasi

dengan bayi sedini mungkin bersama suami dan keluarga (Buku KIA, 2015).

Penatalaksanaan pada kunjungan kedua menginformasikan kepada ibu dan keluarga berdasarkan hasil pemeriksaan kondisi ibu baik-baik saja menanyakan perasaan ibu terhadap bayinya hasil ibu merasa senang karena bisa merawat bayinya dan ibu akan berusaha belajar untuk merawat bayinya. Hal ini sesuai dengan teori (Yanti dan Sundawati, 2011) fase taking hold yaitu ibu berusaha belajar mandiri dan mencoba belajar merawat bayinya. Mengingatkan ibu untuk minum setiap kali menyusui dan dalam sehari maksimal minum 14 gelas. Menganjurkan ibu makan makanan yang beranekaragam yang mengandung karbohidrat, protein hewani, protein nabati, vitamin dan mineral, menjelaskan tentang personal hygiene dan perawatan perineum yaitu mandi 2 kali sehari, sikat gigi 2 kali sehari, ganti pakaian 2 kali sehari, pakaian dalam harus terbuat dari bahan katun sehingga dapat menyerap keringat (Yanti dan Sudawati, 2011) setiap selesai BAK dan BAB siramlah mulut vagina dengan air bersih basuh dari depan ke belakang hingga tidak ada sisa-sisa kotoran yang menempel disekitar vagina, mengganti pembalut setiap selesai membersihkan vagina agar mikroorganisme yang ada pada pembalut tersebut tidak terbawa ke vagina yang baru dibersihkan, keringkan vagina dengan tisu atau handuk lembut setiap kali selesai membasuh agar tetap kering dan kemudian kenakan pembalut yang baru, mencuci tangan selesai membersihkannya, hal ini sesuai dengan teori (Maritalia, 2014) untuk menjaga kebersihan vagina pada masa nifas dapat dilakukan dengan cara setiap selesai BAK atau BAB siramlah mulut vagina dengan air bersih. Basuh dari depan ke belakang hingga tidak ada sisa-sisa kotoran yang menempel disekitar vagina, bila keadaan vagina terlalu kotor, cucilah dengan sabun atau cairan antiseptik yang berfungsi untuk menghilangkan mikroorganisme yang terlanjur berkembang biak di daerah tersebut, mengganti pembalut setiap selesai membersihkan vagina agar mikroorganisme yang ada pada pembalut tidak ikut terbawa ke vagina

yang baru dibersihkan dan keringkan dengan tisu atau handuk. Menjelaskan pada ibu untuk selalu memperhatikan tanda-tanda bahaya. Mengajarkan ibu melakukan perawatan payudara dan mengajarkan tanda-tanda bahaya.

Pada kunjungan yang ketiga menjelaskan kepada ibu untuk kapan memulai sanggama yaitu jika darah merah berhenti dan ibu masukan dua jari kedalam vagina tanpa rasa nyeri. Hal ini sesuai dengan teori (Yanti dan Sundawati, 2011). Hubungan seksual aman dilakukan begitu darah berhenti. Memberi motivasi ibu untuk mengikuti KB hal ini sesuai dengan teori pada (Buku KIA, 2015). Pada ibu post partum yaitu makan makanan yang beranekaragam yang mengandung karbohidrat, protein hewani, protein nabati, sayur dan buah-buahan, kebutuhan air minum pada ibu menyusui pada 6 bulan pertama adalah 14 gelas sehari dan pada 6 bulan kedua adalah 12 gelas sehari. Menjaga kebersihan diri, termasuk kebersihan daerah kemaluan, ganti pembalut sesering mungkin, istirahat cukup, saat bayi tidur ibu istirahat, merawat payudara dan hanya memberi ASI saja selama 6 bulan, pelayanan KB setelah persalinan.

d. Keluarga Berencana

Pada kunjungan hari ke tiga penulis lakukan untuk memastikan ibu telah mantap dengan pilihannya untuk menggunakan KB metode Amenorhea Laktasi, sebelum menggunakan KB Suntikan 3 bulan. Berdasarkan pengkajian yang telah penulis lakukan, ibu mengatakan tidak ada keluhan yang ingin di sampaikan, ibu masih aktif menyusui bayinya selama ini tanpa pemberian apapun selain ASI saja. Pengkajian data objektif ibu tanda vital ibu, tekanan darah: 120/70 mmHg, Suhu: 36,5°C, Nadi: 80x/menit, Pernapasan: 20x/menit. Menurut teori (Tambunan dkk, 2011) tekanan normal yakni 110-130 mmHg, Nadi 60-80x/menit, Pernapasan 20-30x/menit, Suhu 37,5°C-38°C. Berdasarkan hasil pengkajian data objektif dan subjektif maka penulis menegakan diagnosa yakni Ibu dengan P<sub>3</sub>A<sub>0</sub>AH<sub>3</sub> dengan akseptor KB MAL. Assesment yaitu hasil pengkajian data subjektif dan objektif, di dapatkan berdasarkan



keluhan yang di sampaikan ibu dan hasil pemeriksaan oleh bidan serta telah di sesuaikan dengan standar II adalah standar perumusan diagnosa menurut Keputusan Menteri Kesehatan Repoblik Indonesia No. 938/Menkes SK/VIII/2007. Penatalaksanaan yang penulis lakukan antara lain melakukan promosi kesehatan tentang keluarga berencana agar ibu semakin mantap mengikuti MAL dan metode kontrasepsi yang akan di gunakan setelah MAL yaitu ibu ingin menggunakan KB Suntik. Hal ini sesuai dengan teori (MulyanI dan Rinawati, 2013), kontrasepsi pasca persalinan salah satunya kontrasepsi non hormonal salah satunya metode amenorhea laktasi (MAL), dan kontrasepsi hormonal yaitu KB Suntik, dan asuhan yang terakhir mendokumentasikan semua hasil tindakan.

## **BAB V**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **A. Simpulan**

Setelah penulis melakukan manajemen asuhan kebidanan berkelanjutan dengan menggunakan metode 7 langkah varney dan SOAP pada Ny. D. S dari kehamilan trimester III, persalinan, BBL, nifas dan KB yang dimulai dari tanggal 18 Februari sampai 18 Mei 2019 di Puskesmas Pembantu Tenau, maka dapat disimpulkan bahwa penulis mampu:

1. Melakukan asuhan kebidanan kehamilan pada Ny. D. S umur 28 tahun di Pustu Tenau. Selama kehamilan, penulis telah memberikan asuhan kebidanan sesuai dengan standar minimal pelayanan ANC yaitu 10 T yang terdiri dari pengukuran TB dan penimbangan BB, pengukuran tekanan darah, pengukuran Lila, pengukuran TFU, penentuan letak janin dan penghitungan DJJ, pemberian tablet tambah darah, tes laboratorium, konseling atau penjelasan, dan tatalaksana atau mendapat pengobatan (Kemenkes RI, 2015). Pelayanan ANC yang diberikan pada Ny. D. S sudah sesuai dengan teori yang ada sehingga tidak ada kesenjangan antara teori dengan praktek.
2. Melakukan asuhan kebidanan persalinan pada Ny. D.S umur 28 tahun dengan menolong persalinan sesuai 60 langkah APN pada tanggal 9-05-2019. Proses persalinan berjalan normal, kala I berlangsung selama

10 jam, kala II selama 60 menit, kala III selama 10 menit dan kala IV selama 2 jam.

3. Melakukan asuhan kebidanan BBL pada By. Ny. D. S di Pustu Tenau. By. Ny. D. S lahir cukup bulan dengan umur kehamilan 39 minggu, lahir spontan pada tanggal 9 – 05 – 2019 di Pustu Tenao, menangis spontan, kuat, tonus otot positif, warna kulit kemerahan, jenis kelamin perempuan, anus positif, berat badan saat lahir 2700 gram, nilai APGARnya 9/10, tanda – tanda vital dalam batas normal, panjang badan 47 cm lingkar kepala 31cm, lingkar dada 30 cm. Hal ini sesuai dengan teori dan tidak ada kesenjangan. Asuhan kebidanan yang dilakukan pada BBL antara lain: melakukan pencegahan infeksi, menjaga kehangatan bayi, membersihkan jalan nafas, memotong dan merawat tali pusat, melakukan penilaian awal (APGAR score), IMD, memberikan vitami K, pemberian salep mata, dan pemberian imunisasi Hb 0, pemantauan bayi baru lahir, dan pemeriksaan fisik bayi bayi baru lahir (Ilmiah, 2015).
4. Melakukan asuhan kebidanan nifas pada Ny. D. S di Pustu Tenau dan Rumah pasien. Selama kunjungan masa nifas mulai dari 2 jam post partum, 1 hari, dan 4 hari post partum tidak ditemukan adanya masalah apapun. Personal hygiene ibu baik dan ibu tidak memiliki masalah pada masa laktasi. Ibu menyusui bayinya setiap 2 jam dan ibu tidak memberikan makanan dan minuman tambahan. Ibu juga tidak memiliki pantangan terhadap makanan apapun. Jadwal kunjungan masa nifas minimal 3 kali yaitu pertama 6 jam – 3 hari setelah melahirkan, kedua hari ke 4-28 hari setelah melahirkan dan ketiga hari ke 29-42 hari setelah melahirkan (Kemenkes, 2015). Oleh sebab itu, ditemukan ada kesenjangan antara teori dan praktek.
5. Melakukan asuhan kebidanan KB pada Ny. D. S di Pustu Tenau. Ny. D. S ingin menggunakan KB untuk menunda kehamilan dan tidak ingin mengganggu produksi ASI. Oleh sebab itu, penulis menjelaskan macam-macam kontrasepsi pasca persalinan yang dapat digunakan

oleh Ny. D. S seperti AKDR, implant, suntik progestin 3 bulan, pil progestin dan MAL. Setelah mendapatkan penjelasan tersebut Ny. D. S memilih untuk menggunakan MAL karena ibu belum mendapatkan haid serta Ny. D. S ingin memberikan ASI eksklusif kepada bayinya.

## **B. Saran**

### **1. Bagi Penulis dan Profesi Bidan**

Mahasiswa mendapatkan pengalaman dalam mempelajari kasus-kasus pada saat praktik dalam bentuk manajemen 7 langkah Varney dan SOAP serta menerapkan asuhan sesuai standar pelayanan kebidanan yang telah ditetapkan sesuai dengan kewenangan bidan yang telah diberikan kepada profesi bidan. Serta diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan dan keterampilan dalam melakukan asuhan kebidanan secara komprehensif terhadap klien.

### **2. Bagi Institusi Prodi Kebidanan Poltekkes Kemenkes Kupang**

Diharapkan dapat meningkatkan kualitas pendidikan bagi mahasiswa dengan penyediaan fasilitas sarana dan prasarana yang mendukung peningkatan kompetensi mahasiswa sehingga dapat menghasilkan bidan yang berkualitas.

### **3. Bagi Pustu Tenau**

Asuhan yang sudah diberikan pada klien sudah cukup baik dan hendaknya lebih ditingkatkan mutu pelayanan agar dapat memberikan asuhan yang lebih baik sesuai dengan standar asuhan kebidanan dan dapat mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan kesehatan.

### **4. Bagi Pasien atau masyarakat.**

Klien memiliki kesadaran untuk selalu memeriksakan kehamilannya secara teratur sehingga ibu merasa lebih yakin dan nyaman karena mendapatkan gambaran tentang pentingnya

pengawasan pada saat hamil, bersalin, BBL dan nifas dengan melakukan pemeriksaan rutin di pelayanan kesehatan.

## DAFTAR PUSTAKA

- Anggraini, Yetti. 2010. *Asuhan Kebidanan Nifas*. Yogyakarta : Mita Cendikia.
- Dewi, V.N. Lia. 2010. *Asuhan Neonatus Bayi dan Anak Balita*. Yogyakarta: Salemba Medika.
- Dinas Kesehatan Kota Kupang . 2014. *Profil kesehatan Kota Kupang*. Kupang.
2015. *Profil Kesehatan Kota Kupang*. Kupang.
- Dongoes, Marliynn E & Moorhouse Mari Frances. 2001. *Rencana Perawatan Maternal/Bayi*. Jakarta : EGC.
- Erawati, Ambar Dewi. 2011. *Asuhan Kebidanan Persalinan Normal*. Jakarta : EGC.
- Green, Carol J., dan Judith M Wilkinson. 2012. *Rencana Asuhan Keperawatan Maternal & Bayi Baru Lahir*. Jakarta: EGC.
- Handayani, Sri. 2011. *Buku Ajar Pelayanan Keluarga Berencana*. Yogyakarta: Pustaka Rihama.
- Hani, Ummi, dkk.2011. *Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan Fisiologis*. Jakarta : Salemba Medika.
- Hidayat, A. Aziz Alimul. 2010. *Metode Penelitian Kebidanan Teknik Analisa Data*. Jakarta : Salemba Medika.
- Hidayat, Asri & Sujiyatini. 2010. *Asuhan Kebidanan Persalinan*. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Ilmiah, Widia Shofa . 2015. *Buku Ajar asuhan persalinan normal*. Yogyakarta : Nuha Medika.
- JNPK-KR. 2008. [\*Pelatihan Klinik Asuhan Persalinan Normal\*](#)
- Kementrian Kesehatan RI. 2010. *Buku Kesehatan Ibu Dan Anak*. Jakarta : JIC.
2013. *Pedoman Pelayanan Antenatal Terpadu*. Jakarta : JIC
2015. *Buku Kesehatan Ibu Dan Anak*. Jakarta : JIC.

2015. *Profil kesehatan Indonesia*. Jakarta.
- uswanti, Ina dan Melina, Fitri. 2013. *Askeb II Persalinan*. Yogyakarta : Pustaka Pelajar.
- Lailiyana, dkk . 2011. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Persalinan*. Jakarta : EGC.
- Mansyur, N., Dahlan A.K. 2014. *Buku ajar asuhan kebidanan masa nifas*. Malang : Selaksa Medika.
- Manuaba, IBG. 2010. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan, dan Keluarga Berencana untuk Pendidikan Bidan*. EGC : Jakarta.
- Maritalia, Dewi. 2014. *Asuhan Kebidanan Nifas Dan Menyusui*. Yogyakarta : Pustaka Pelajar.
- Marmi. 2012. *Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas*. Yogyakarta : Pustaka Pelajar.
2012. *Asuhan Kebidanan Pada Persalinan*. Yogyakarta.: Pustaka Pelajar.
- Marmi. 2014. *Asuhan Kebidanan Pada Masa Antenatal*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Menkes RI. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1464/Menkes/Per/X/2010 Tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan*. Jakarta.
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta.
2012. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Nugroho, Taufan. Dkk. 2014. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan 1 Kehamilan*. Yogyakarta : Nuha Medika.
2014. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan 3 Nifas*. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Pantikawati, Ika & Saryono. 2010. *Asuhan kebidanan (Kehamilan)*. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Patricia, Ramona. 2013. *Buku Saku Asuhan Ibu dan Bayi Baru Lahir Edisi 5*: Jakarta: EGC.
- Pudiastuti, Retna Dewi. 2012. *Asuhan Kebidanan Pada Hamil Normal dan Patologi*. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Purwanti, Eni. 2011. *Asuhan Kebidanan Untuk Ibu Nifas*. Yogyakarta : Cakrawala Ilmu.
- Rohani, dkk. 2011. *Asuhan Kebidanan pada Masa Persalinan*. Jakarta : Salemba Medika.

- Romauli, Suryati. 2011. Buku *Ajar Asuhan Kebidanan 1*. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Rukiyah, Ai Yeyeh. Dkk. 2009. *Asuhan kebidanan II Persalinan* Jakarta : Cv Trans Info Media.
- Saifuddin, Abdul Bari dkk. 2014. *Ilmu kebidanan Sarwono Prawirohardjo.*: Jakarta : YBPSP.
2010. *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka.
2010. *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontasepsi*. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka.
- Sarinah, dkk. 2010. *Asuhan Kebidanan Masa Persalinan*. Yogyakarta : Graha Ilmu
- Sudarti dan Endang Khoirunisa. 2010. *Asuhan Kebidanan Neonatus, Bayi dan Anak Balita*. Yogyakarta : Nuha Medika
- Sulistiaawaty, Ari. 2009. *Buku Ajar Asuhan Pada Ibu Nifas*, Yogyakarta: Andi.
- Syafrudin, dkk. 2009. *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan Untuk Bidan*. Jakarta : CV.Trans Info Media.
- Wahyuni, Sari. 2012. *Asuhan Neonatus Bayi Dan Balita*. Jakarta : EGC.
- Walyani, Elisabeth Siwi. 2015. *Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan*. Yogyakarta : Pustaka Baru Press.
- Wiknjosastro, Hanifa. 2007. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Yanti, Damai dan Dian Sundawati. 2011. *Asuhan Kebidanan Masa Nifas*. Bandung : Refika Aditama.

# LEMBAR KONSULTASI

NAMA MAHASISWA

: CHRISTIANA R BOIMAU

NIM







: PO 530324014 451

JUDUL LTA

: ASUHAN KEBIDANAN BERKELANJUTAN PADA NY. D.S  
DI PUSTU TENAU PERIODE 18 FEBRUARI – 18 MEI 2019

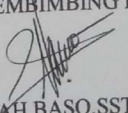
NAMA PEMBIMBING

: NAMSIAH BASO, SST.M.Keb

NO	HARI/TANGGAL	MATERI BIMBINGAN	PARAF
1	Rabu, 27-02-2019	Konsultasi Laporan Pendahuluan	
2	Rabu, 08-05-2019	Konsultasi BAB I, II, III	
3	Minggu, 12-05-2019	Revisi BAB I, II, III	
4	Rabu, 15-05-2019	BAB IV, V	
			

MENGETAHUI

PEMBIMBING LTA

  
NAMSIAH BASO, SST.M.Keb

NIP. 19831029 200604 2 014



**LEMBARAN KONSULTASI II**  
**REVISI LAPORAN TUGAS AKHIR**

NAMA MAHASISWA

: CHRISTIANA ROSALIN BOIMAU

NIM





: P.O.530324014451

JUDUL LTA

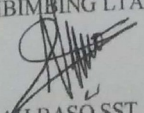
: ASUHAN KEBIDANAAN BERKELANJUTAN PADA NY.D.S  
DIPUSKESMAS PEMBANTU TENAU TANGGAL 18  
FEBRUARI S/D 18 MEI 2019

NAMA PEMBIMBING

: NAMSYAH BASO, SST.,M Keb

NO	HARI/ TANGGAL	MATERI BIMBINGAN	PARAF
1	Sabtu, 15/6-2019	Revisi BAB I s/d V	
2	Jumat, 21/6-2019	Revisi BAB I, III, IV, V	
3	Kamis, 27/06-2019	Revisi cara penulisan dan uluran huruf	
4	selasa, 2/7-2019	Acc.	
5			

MENGETAHUI  
PEMBIMBING LTA




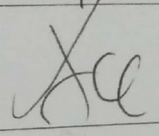

  
NAMSYAH BASO, SST., M. Keb  
NIP : 1931029 200604 2 14

# LEMBAR KONSULTASI II REVISI LAPORAN TUGAS AKHIR

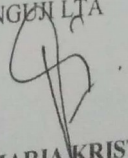
NAMA MAHASISWA  
NIM  
JUDUL LTA

: Christiana R. Boimau  
: P.O.530324014451  
: ASUHAN KEBIDANAN BERKELANJUTAN PADA NY.  
D.S DI PUSTU TENAU PERIODE 18 FEBRUARI S/D 18  
MEI 2019  
: DIYAN MARIA KRISTIN, SST.,M.Kes

NAMA PENGUJI

NO	HARI / TANGGAL	MATERI BIMBINGAN	PARAF
1	Sabtu, 15/6-2019	Revisi BAB I s/d V	
2	Jumat, 21/6-2019	Revisi BAB I, II, IV dan V	
3	Kamis, 27/6-2019	Revisi cara penulisan dan ukuran huruf	
4	Selasa, 2/7-2019		
5			

MENGETAHUI  
PENGUJI LTA

  
DIYAN MARIA KRISTIN, SST.M.Kes

## **SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)**

Topik : Asi Eksklusif  
Sasaran : Ibu Hamil Trimester III  
Hari/Tanggal : Rabu 15 Mei 2019  
Waktu : 20 menit  
Tempat : Rumah Bumil, Alak RT 05/ RW 02  
Penyuluh : Mahasiswi Christiana Rosalin Boimau

### **A. TUJUAN INTRUKSIONAL UMUM (TIU)**

Setelah mengikuti kegiatan penyuluhan selama 20 menit, diharapkan masyarakat dapat mengerti, memahami tentang arti dari ASI eksklusif itu sendiri, manfaat ASI bagi ibu dan anak serta langkah langkah keberhasilan ASI eksklusif.

### **B. TUJUAN INTRUKSIONAL KHUSUS (TIK)**

Setelah mengikuti kegiatan penyuluhan selama 20 menit, diharapkan masyarakat akan dapat : a) Memahami dan mengerti arti dari ASI eksklusif 6 bulan

b) Mengerti manfaat ASI eksklusif bagi ibu

c) Mengerti manfaat ASI eksklusif bagi anak

### **C. MATERI**

Terlampir

### **D. MEDIA**

1. Materi SAP

### **E. METODE**

a) Ceramah

b) Tanya jawab

c) Demonstrasi

Waktu Kegiatan Penyuluhan : 14 menit

Pembukaan: Memberi salam

Menjelaskan tujuan penyuluhan

Menyebutkan materi/ pokok bahasan yang akan disampaikan 10 menit

Pelaksanaan : Menjelaskan materi penyuluhan secara berurutan dan teratur.

Materi :

1. Pengertian ASI eksklusif 6 bulan
2. Manfaat ASI Eksklusif bagi ibu
3. Manfaat ASI eksklusif bagi anak 35 menit

Evaluasi

1. Memberi kesempatan kepada masyarakat untuk bertanya 42 menit

Penutup:

Mengakhiri penyuluhan mengucapkan terima kasih dan salam

#### F. EVALUASI

Metode Evaluasi: Demonstrasi

Jenis pertanyaan:

- a. Jelaskan apa yang dimaksud dengan ASI eksklusif 6 bulan?
- b. Sebutkan manfaat ASI eksklusif bagi ibu?
- c. Sebutkan manfaat ASI eksklusif bagi bayi?

#### G. LAMPIRAN MATERI ASI EKSKLUSIF

##### 1. Pengertian ASI Eksklusif

Yang dimaksud dengan ASI Eksklusif adalah pemberian ASI selama 6 bulan tanpa dicampur dengan tambahan cairan lain seperti susu formula, jeruk, madu, air teh, air putih dan tambahan makanan padat seperti pisang, pepaya, bubur susu, biskuit, bubur nasi tim. Setelah usia bayi 6 bulan, barulah bayi diberikan makanan pendamping ASI, sedangkan ASI dapat diberikan sampai 2 tahun atau lebih.

##### 2. Keuntungan menyusui eksklusif secara umum

Ada beberapa keuntungan menyusui eksklusif secara umum, yaitu :

- a. Memberikan nutrisi yang optimal dalam hal kualitas dan kuantitas bagi bayi.

Dalam ASI terkandung kolostrum, yang merupakan cairan kental yang berwarna kekuning - kuning yang dihasilkan oleh alveoli payudara ibu, pada periode akhir atau trimester ketiga kehamilan kolostrum dikeluarkan pada hari pertama setelah kelahiran.

Kolostrum sangat penting bagi bayi, karena :

- Kolostrum pada hari pertama sampai hari ke empat, merupakan cairan yang kaya akan nutrisi dan antibodi
  - Jumlah kolostrum bervariasi antara 10-100ml per hari.
- Jumlah kolostrum akan bertambah dan mencapai komposisi ASI biasa/matur sekitar 3-14 hari
- Kolostrum memberi nutrisi dan melindungi terhadap infeksi dan alergi
  - Memberikan imunisasi pertama, ASI dapat dikatakan sebagai “cairan

hidup”

-Kandungan pada kolostrum :

- 1.Laxansia (laksatif/pencabar) yang membersihkan mekonium
- 2.Growth factor, membantu dalam pematangan usus
- 3.Kaya vitamin A, yang dapat mencegah berbagai macam penyakit infeksi dan mencegah penyakit mata.

b. Meningkatkan kecerdasan secara :

-Asuh ( fisikbiomedis)

Menunjukkan kebutuhan bayi untuk pertumbuhan otaknya. Untuk pertumbuhan suatu jaringan sangat dibutuhkan nutrisi atau makanan bergizi. Dan ASI memenuhi kebutuhan ini.

-Asah (stimulasi pendidikan)

Menunjukkan kebutuhan akan stimulasi atau rangsangan yang akan merangsang perkembangan kecerdasan anak secara optimal. Ibu menyusui termasuk guru pertama yang terbaik bagi anaknya.

Dengan demikian, perkembangan sosialisasinya akan baik dan ia akan mudah berinteraksi dengan lingkungannya kelak. ASI dan menyusui secara eksklusif akan menciptakan faktor lingkungan yang

optimal untuk meningkatkan kecerdasan bayi melalui pemenuhan semua kebutuhan awal dari faktor-faktor lingkungan.

-Asih (fisikbiomedis)

Menunjukkan kebutuhan bayi untuk perkembangan emosi dan spiritualnya. Yang terpenting disini adalah pemberian kasih sayang dan rasa aman. Seorang anak yang merasa disayangi akan mampu menyayangi lingkungannya sehingga ia akan berkembang menjadi manusia dengan budi pekerti dan nurani yang baik.

Selain itu seorang bayi merasa aman, karena merasa dilindungi, akan berkembang menjadi orang dewasa yang mandiri dan emosi yang stabil.

3. Manfaat ASI bagi bayi

- a. ASI mengandung protein yang spesifik untuk melindungi bayi dari alergi
- b. Secara alamiah, ASI memberikan kebutuhan yang sesuai dengan usia kelahiran bayi (seperti pada bayi prematur, ASI memiliki kandungan protein yang lebih tinggi dibanding pada bayi yang cukup bulan)
- c. ASI meningkatkan daya tahan tubuh bayi
- d. ASI sebagai zat antivirus dan bakteri

Didalam ASI terkandung kolostrum. Kolostrum adalah istilah yang dipakai untuk menyatakan ASI pertama yang disusui oleh bayi, kolostrum mengandung protein, mineral dan aneka vitamin.

## DAFTAR PUSTAKA

- Maritalia, Dewi. 2014. *Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Nugroho dkk. 2014. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan 3 Nifas*. Yogyakarta: Nuha Medika.

## SATUAN ACARA PENYULUHAN( SAP)

Topik : Keluarga Berencana  
Hari/Tanggal : Rabu, 15 Mei 2019  
Waktu : 50 menit  
Tempat : Rumah Bumil, Alak RT 05 / RW 02  
Sasaran : Ibu Hamil Trimester III  
Penyuluh : Christiana Rosalin Boimau

### A. Tujuan

#### 1. Tujuan Umum

Meningkatkan pengetahuan dan pemahaman pasangan usia subur dan ibu menyusui tentang KB.

#### 2. Tujuan Khusus

Setelah mengikuti penyuluhan:

- a. Peserta dapat menyebutkan pengertian KB
- b. Peserta dapat menyebutkan jenis-jenis alat kontrasepsi
- c. Peserta dapat menyebutkan syarat-syarat mengikuti KB

### B. Materi

- a. Pengertian KB
- b. Jenis-jenis alat kontrasepsi
- c. Syarat-syarat mengikuti KB

### C. Metode

Ceramah, tanya jawab dan diskusi

### D. Media

Materi KB

### E. Rincian Kegiatan Penyuluhan

No	Kegiatan	Penyuluh	Peserta	Waktu
1	Pembukaan	Salam pembuka	• Membalas salam	2 menit
		• Perkenalan	• Mendengarkan	



---

2	Menyampaikan materi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menjelaskan tentang pengertian KB</li> <li>• Menjelaskan tentang jenis alat kontrasepsi</li> <li>• Menjelaskan syarat-syarat mengikuti program KB</li> </ul>	Mendengarkan dan memperhatikan	30 menit
3	Penutup	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menyampaikan kesimpulan</li> <li>• Tanya jawab</li> <li>• Evaluasi</li> <li>• Salam penutup</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mendengarkan kesimpulan yang disampaikan</li> <li>• Membahas</li> <li>• Membalas salam</li> </ul>	18 menit

---

#### MATERI KELUARGA BERENCANA

- A. Pengertian Keluarga Berencana  
 Keluarga berencana adalah suatu program yang dicanangkan oleh pemerintah untuk mengatur jarak kelahiran anak sehingga dapat tercapai keluarga kecil yang bahagia dan sejahtera.
- B. Tujuan Keluarga Berencana
1. Mencegah kehamilan
  2. Menjarangkan kehamilan
  3. Membatasi jumlah anak
  4. Peningkatan kesejahteraan keluarga
- C. Sasaran Keluarga Berencana
1. Ibu dengan penyakit kronis
  2. Usia ibu < 20 tahun atau > 30 tahun dengan jumlah anak > 3 orang
  3. Ibu yang sudah pernah melahirkan > 5 kali
  4. Ibu dengan riwayat persalinan yang buruk
  5. Keluarga dengan sosial ekonomi yang kurang memadai
  6. Telah mengalami keguguran berulang-ulang
- D. Metode Keluarga Berencana  
 Mulyani dan Rinawati (2013) menjelaskan beberapa metode kontrasepsi Pasca Persalinan meliputi :

## 1. AKDR

Mulyani dan Rinawati (2013) menjelaskan metode kontrasepsi AKDR sebagai berikut

### a. Pengertian

AKDR adalah suatu alat atau benda yang dimasukkan ke dalam rahim yang sangat efektif, reversibel dan berjangka panjang, dapat dipakai oleh semua perempuan usia reproduktif.

### b. Cara kerja

1) Produksi lokal prostaglandin yang meningkat, yang menyebabkan adanya kontraksi uterus pada pemakaian AKDR yang dapat menghalangi nidasi.

2) AKDR yang mengeluarkan hormon akan mengentalkan lendir serviks sehingga menghalangi pergerakan sperma untuk dapat melewati cavum uteri.

3) Sebagai metode biasa (dipasang sebelum hubungan seksual terjadi) AKDR mengubah transportasi tuba dalam rahim dan mempengaruhi sel telur sperma sehingga pembuahan tidak terjadi.

4) Sebagai metode darurat (dipasang setelah hubungan seksual terjadi) dalam beberapa kasus mungkin memiliki mekanisme kasus yang mungkin adalah dengan mencegah terjadinya

5). implantasi atau penyerangan sel telur yang telah dibuahi ke dalam dinding rahim.

### c. Keuntungan

1) AKDR dapat efektif segera setelah pemasangan.

2) Metode jangka panjang (10 tahun proteksi dari CUT-380A dan tidak perlu diganti).

3) Sangat efektif karena tidak perlu lagi mengingat – ingat.

4) Tidak mempengaruhi hubungan seksual.

- 5) Meningkatkan kenyamanan seksual karena tidak perlu takut untuk hamil.
- 6) Tidak ada efek samping hormonal dengan Cu. AKDR (CuT 380 A)
- 7) Tidak mempengaruhi kualitas ASI
- 8) Dapat dipasang segera setelah melahirkan atau sesudah abortus (apabila tidak terjadi infeksi)
- 9) Dapat digunakan sampai menopause (1 tahun atau lebih setelah haid terakhir)
- 10) Tidak interaksi dengan obat – obat
- 11) Membantu mencegah kehamilan ektopik

d. Kerugian

- 1) Perubahan siklus haid ( umumnya pada 8 bulan pertama dan akan berkurang setelah 3 bulan).
- 2) Haid lebih lama dan banyak.
- 3) Perdarahan (spotting) antar menstruasi.
- 4) Saat haid lebih sakit
- 5) Tidak mencegah IMS termasuk HIV/AIDS.
- 6) Tidak baik digunakan pada perempuan dengan IMS atau perempuan yang sering berganti pasangan.
- 7) Penyakit radang panggul terjadi. Seorang perempuan dengan IMS memakai AKDR, PRP dapat memicu infertilitas.
- 8) Prosedur medis, termasuk pemeriksaan pelvik diperlukan dalam pemasangan AKDR. Seringkali perempuan takut selama pemasangan.

- 9) Sedikit nyeri dan perdarahan terjadi segera setelah pemasangan AKDR. Biasanya menghilang dalam 1-2 hari.
- 10) Klien tidak dapat melepas AKDR oleh dirinya sendiri. Petugas kesehatan terlatih yang dapat melakukannya.
- 11) Mungkin AKDR keluar lagi dari uterus tanpa diketahui (sering terjadi apabila AKDR dipasang sesudah melahirkan).
- 12) Tidak mencegah terjadinya kehamilan ektopik karena fungsi AKDR untuk mencegah kehamilan normal.
- 13) Perempuan harus memeriksa posisi benang dari waktu ke waktu, untuk melakukan ini perempuan harus bisa memasukkan jarinya ke dalam vagina. Sebagian perempuan ini tidak mau melakukannya.

e. Efek Samping dan Penanganan

Tabel Efek Samping dan Penanganan AKDR

Efek Samping	Penanganan
Amenorea	Pastikan hamil atau tidak. Bila klien tidak hamil, AKDR tidak perlu dicabut, cukup konseling saja. Salah satu efek samping menggunakan AKDR yang mengandung hormon adalah amenorea (20-50%). Jika klien tetap saja menganggap amenorea yang terjadi sebagai masalah, maka rujuk klien. Jika terjadi kehamilan < 13 minggu dan benang AKDR terlihat, cabut AKDR. Nasihatkan agar kembali ke klinik jika terjadi perdarahan, kram, cairan berbau atau demam. Jangan mencabut AKDR jika benang tidak kelihatan dan kehamilannya > 13 minggu. Jika klien hamil dan ingin meneruskan kehamilannya tanpa mencabut AKDRnya, jelaskan padanya tentang meningkatnya risiko keguguran, kehamilan preterm, infeksi, dan kehamilannya harus diawasi ketat.
Kram	Pikirkan kemungkinan terjadi infeksi dan beri pengobatan yang sesuai. Jika kramnya tidak parah dan tidak ditemukan penyebabnya, cukup diberikan analgetik saja. Jika penyebabnya tidak dapat ditemukan dan menderita kram berat, cabut AKDR, kemudian ganti dengan AKDR baru atau cari metode kontrasepsi lain.
Perdarahan	Sering ditemukan terutamanya 3-6 bulan pertama.

n yang tidak teratur dan banyak	Singkirkan infeksi panggul atau kehamilan ektopik, rujuk klien bila dianggap perlu. Bila tidak ditemukan kelaianan patologik dan perdarahan masiiah terjadi, dapat diberi ibuprofen 3x800 mg untuk satu minggu, atau pil kombinasi satu siklus saja. Bila perdarahan banyak beri 2 tablet pil kombinasi untuk 3-7 hari saja, atau boleh juga diberi 1,25 mg estrogen equin konjugasi selama 14-21 hari. Bila perdarahan terus berlanjut sampai klien anemia, cabut AKDR dan bantu klien memilih metode kontrasepsi lain.
Benang hilang	Periksa apakah klien hamil. Bila tidak hamil dan AKDR masih di tempat, tidak ada tindakan yang perlu dilakukan. Bila tidak yakin AKDR masih berada di dalam rahim dan klien tidak hamil, maka klien dirujuk untuk dilakukan pemeriksaan rontgen/USG. Bila tidak ditemukan, pasang kembali AKDR sewaktu datang haid. Jika ditemukan kehamilan dan benang AKDR tidak kelihatan, lihat penanganan amenorea.
Cairan vagina/dukaan penyakit radang panggul	Bila penyebabnya kuman gonokokus atau klamidia, cabut AKDR dan berikan pengobatan yang sesuai. Penyakit radang panggul yang lain cukup diobati dan AKDR tidak perlu dicabut. Bila klien dengan penyakit radang panggul dan tidak ingin memakai AKDR lagi, berikan antibiotika selama 2 hari dan baru kemudian AKDR dicabut dan bantu klien untuk memilih kontrasepsi lain.

---

*Sumber : Saifuddin (2006)*

## 2. Implant

Mulyani dan Rinawati (2013) menjelaskan metode kontrasepsi implant sebagai berikut:

### a. Pengertian

Implan adalah salah satu jenis alat kontrasepsi yang berupa susuk yang terbuat dari sejenis karet silastik yang berisi hormon, dipasang pada lengan atas. Di kenal 2 macam implan yaitu :

#### 1) Non Biodegradable implant, yaitu dengan ciri-ciri :

- a) Norplant (6"kasul"), berisi hormon Levonogrestel, daya kerja 5 tahun.
- b) Norplant -2 (2 batang), berisi hormon Levonogrestel, daya kerja 3 tahun.

c) Satu batang, berisi hormon ST-1435, day kerja 2 tahun.  
Rencana siap pakai : tahun 2000.

d) Satu batang, berisi hormon 3-keto desogesteri daya kerja 2,5-4 tahun.

## 2) Biodegradable Implant

Biodegradable implant melepaskan progestin dari bahan pembawa/pengangkut yagn secara perlahan-lahan larut di dalam jaringan tubuh. Jadi bahan pembawanya sama sekali tidak diperlukan untuk dikeluarkan lagi seperti pada norplant.

### b. Cara kerja

- 1) Menghambat ovulasi.
- 2) Perubahan lendir serviks menjadi lebih kental dan sedikit.
- 3) Menghambat perkembangan siklus dan endometrium.

### c. Keuntungan

- 1) Cocok untuk wanita yang tidak boleh menggunakan obat yang mengandung estrogen.
- 2) Dapat digunakan untuk jangka waktu yang panjang 5 tahun dan bersifat reversibel.
- 3) Efek kontraseptif akan berakhir setelah implannya dikeluarkan.
- 4) Perdarahan terjadi lebih ringan, tidak menaikan darah
- 5) Resiko terjadinya kehamilan ektopik lebih kecil jika dibandingkan pemakaian alat kontrasepsi dalam rahim.

### d. Kerugian

- 1) Susuk/KB harus dipasang dan diangkat oleh tenaga kesehatan yang terlatih.

- 2) Lebih mahal.
- 3) Sering timbul perubahan pola haid.
- 4) Akseptor tidak dapat menghentikan implan sekehendaknya sendiri.
- 5) Beberapa wanita mungkin segan untuk menggunakannya karena kurang mengenalnya.

e. Efek samping dan Penanganan

Tabel Efek Samping dan Penanganan Implan

Efek samping	Penanganan
Amenorea	Pastikan hamil atau tidak, tidak memerlukan penanganan khusus. Cukup konseling saja. Bila klien tetap saja tidak menerima, angkat implan dan anjurkan menggunakan kontrasepsi lain. Bila terjadi kehamilan dan klien ingin melanjutkan kehamilan, cabut implan dan jelaskan, bahwa progestin tidak berbahaya bagi janin. Bila diduga terjadi kehamilan ektopik, klien dirujuk. Tidak ada gunanya memberikan obat hormon untuk memancing timbulnya perdarahan.
Perdarahan bercak (spoting) ringan	Jelaskan bahwa perdarahan ringan sering ditemukan terutama tahun pertama. Bila tidak ada masalah dan klien tidak hamil, tidak diperlukan tindakan apapun. Bila klien tetap saja mengeluh masalah perdarahan dan ingin melanjutkan pemakaian implan dapat diberikan pil kombinasi satu siklus, atau ibuprofen 3x800 mg selama 5 hari. Terangkan kepada klien bahwa akan terjadi perdarahan setelah pil kombinasi habis. Bila terjadi perdarahan lebih banyak dari biasa, berikan 2 tablet pil kombinasi untuk 3-7 hari dan kemudian lanjutkan dengan satu siklus pil kombinasi, atau dapat juga diberikan 50 $\mu$ g etinilestradiol 1,25 mg estrogen equin konjugasi untuk 14-21 hari
Ekspulsi	Cabut kapsul yang ekspulsi, periksa apakah kapsul yang lain masih ditempat, dan apakah terdapat tanda-tanda infeksi daerah insersi. Bila tidak ada infeksi dan kapsul lain masih berada pada tempatnya, pasang kapsul baru 1 buah pada tempat insersi yang berbeda. Bila ada infeksi cabut seluruh kapsul yang ada dan pasang kapsul baru ada lengan yang lain, atau anjurkan klien menggunakan metode kontrasepsi lain.

Infeksi pada daerah insersi	Bila terdapat infeksi tanpa nanah, bersihkan dengan sabun dan air, atau antiseptik. Berikan antibiotik yang sesuai untuk 7 hari. Implan jangan dilepas dan klien diminta kembali satu minggu. Apabila tidak membaik, cabut implan dan pasang yang baru pada sisi lengan yang lain atau cari metode kontrasepsi yang lain. Apabila ditemukan abses, bersihkan antiseptik, insisi dan alirkan pus keluar, cabut implan, lakukan perawatan luka, dan berikan antibiotik oral 7 hari.
Berat badan naik/turun	Informasikan kepada klien bahwa perubahan berat badan 1-2 kg adalah normal. Kaji ulang diet klien apabila terjadi perubahan berat badan 2 kg atau lebih. Apabila perubahan berat badan ini tidak dapat diterima, bantu klien mencari metode lain.

---

*Sumber : Saifuddin (2006)*

### 3. Pil

Handayani (2011) menjelaskan mengenai kontrasepsi pil sebagai berikut:

#### a. Pengertian

Pil progestin merupakan pil kontrasepsi yang berisi hormon sintesis progesterone.

#### b. Cara kerja

- 1) Menghambat ovulasi
- 2) Mencegah implanisasi
- 3) Memperlambat transport gamet/ovum
- 4) Luteolysis
- 5) Mengentalkan lendir serviks yang kental

#### c. Keuntungan

- 1) Keuntungan kontraseptif
  - a) Sangat efektif bila digunakan secara benar
  - b) Tidak mengganggu hubungan seksual
  - c) Tidak berpengaruh terhadap pemberian ASI
  - d) Segera bisa kembali ke kondisi kesuburan bila dihentikan
  - e) Tidak mengganggu estrogen
- 2) Keuntungan nonkontraseptif
  - a) Bisa mengurangi kram haid
  - b) Bisa mengurangi perdarahan haid
  - c) Bisa memperbaiki kondisi anemia
  - d) Memberi perlindungan terhadap kanker endometrial
  - e) Mengurangi keganasan penyakit payudara
  - f) Mengurangi kehamilan ektopik



g) Memberi perlindungan terhadap beberapa penyebab PID

d. Kerugian

- 1) Menyebabkan perubahan dalam pola perdarahan haid
- 2) Sedikit penambahan atau pengurangan berat badan
- 3) Bergantung pada pemakai ( memerlukan motivasi terus – menerus dan pemakaian setiap hari
- 4) Harus dimakan pada waktu yang sama setiap hari
- 5) Kebiasaan lupa akan menyebabkan kegagalan metode
- 6) Pasokan ulang harus selalu tersedia
- 7) Berinteraksi dengan obat lain, contoh : obat – obat epilepsi dan tuberculosae

e. Efek samping

- 1) Amenore
- 2) Spotting
- 3) Perubahan berat badan

f. Penanganan

- 1) Pastikan hamil atau tidak, bila tidak hamil tidak perlu tindakan khusus, cukup konseling, bila amenorhe berlanjut rujuk, bila hamil hentikan pil.
- 2) Bila tidak menimbulkan masalah kesehatan atau tidak hamil, tidak perlu tindakan khusus.
- 3) Bila klien tidak dapat menerima ganti metode kontrasepsi

4. Suntik

Handayani (2011) menjelaskan mengenai kontrasepsi pil sebagai berikut:

a. Pengertian

Suntik kombinasi merupakan kontrasepsi suntikan yang berisi hormon progesteron

b. Cara kerja

- 1) Menekan ovulasi
- 2) Lendir serviks menjadi kental dan sedikit, sehingga merupakan barier terhadap spermatozoa
- 3) Membuat endometrium menjadi kurang baik/layak untuk implantasi dari ovum yang sudah dibuahi
- 4) Mungkin mempengaruhi kecepatan transpor ovum di dalam tuba fallopi

c. Keuntungan

- 1) Keuntungan kontraseptif
  - a) Sangat efektif (0,3 kehamilan per 100 wanita selama tahun pertama penggunaan)
  - b) Cepat efektif (<24 jam) jika dimulai pada hari ke 7 dari siklus haid
  - c) Metoda jangka waktu menengah (intermediate – term) perlindungan untuk 2 atau 3 bulan per satu kali injeksi
  - d) Pemeriksaan panggul tidak dilakukan untuk memulai pemakaian
  - e) Tidak mengganggu hubungan seks
  - f) Tidak mempengaruhi pemberian ASI
  - g) Efek sampingnya sedikit
  - h) Klien tidak memerlukan suplai bahan

- i) Bisa diberikan oleh petugas non medis yang sudah terlatih
- j) Tidak mengandung estrogen
- 2) Keuntungan non kontraseptif
  - a) Mengurangi kehamilan ektopik
  - b) Bisa mengurangi nyeri haid
  - c) Bisa mengurangi perdarahan haid
  - d) Bisa memperbaiki anemia
  - e) Melindungi terhadap kanker endometrium ‘
  - f) Mengurangi penyakit payudara ganas
  - g) Mengurangi krisis sickle sel
  - h) Memberi perlindungan terhadap beberapa penyebab PID (Penyakit Inflamasi Pelvik)

d. Kerugian

- 1) Perubahan pada pola perdarahan haid. Perdarahan bercak tak beraturan awal pada sebagian besar wanita
- 2) Penambahan berat badan ( $\pm 2$ kg) merupakan hal biasa
- 3) Meskipun kehamilan tidak mungkin, namun jika terjadi, lebih besar kemungkinannya berupa ektopik dibanding pada wanita bukan pemakai
- 4) Pasokan ulang harus tersedia
- 5) Harus kembali lagi untuk ulangan injeksi setiap 3 bulan (DMPA) atau 2 bulan (NET-EN)

- 6) Pemulihan kesuburan bisa tertunda selama 7 – 9 bulan (secara rata – rata) setelah penghentian

e. Efek samping

- 1) Amenorrhea
- 2) Perdarahan hebat atau tidak teratur
- 3) Pertambahan atau kehilangan berat badan (perubahan nafsu makan)

f. Penanganan

- 1) Bila tidak hamil tidak perlu pengobatan khusus, bila hamil hentikan penyuntikan.
- 2) Bila klien tidak dapat menerima perdarahan, dan ingin melanjutkan suntikan maka disarankan 2 pilihan pengobatan :
  - a) 1 siklus pil kontrasepsi kombinasi (30-35µg *etinilestradiol*), ibuprofen (sampai 800mg, 3x/hari untuk 5 hari)
  - b) Bila terjadi perdarahan banyak selama pemberian suntikkan, ditangani dengan pemberian 2 tablet pil kombinasi atau selama 3-7 hari
  - c) Dilanjutkan dengan 1 siklus pil atau diberi 50µg *etinilestradiol*/1,25 mg estrogen equin konjugasi untuk 14-21 hari
- 3) Informasikan bahwa kenaikan/penurunan berat badan sebanyak 1 sampai 2 kg dapat saja terjadi. Perhatikan diet klien bila perubahan berat bdana terlalu mencolok. Bila berat badan berlebihan, hentikan suntikan dan lanjutkan metode kontrasepsi lain.

5. Metode Amenorhea Laktasi

Handayani (2011) menjelaskan mengenai MAL sebagai berikut:

a. Pengertian

Metode amenorhea laktasi adalah kontrasepsi yang mengandalkan pemberian Air Susu Ibu (ASI) secara eksklusif, artinya hanya diberikan ASI saja tanpa pemberian makanan tambahan atau minuman apapun.

b. Cara kerja

Efek kontrasepsi pada ibu menyusui menyatakan bahwa rangsangan syaraf dari puting susu diteruskan keHypothalamus, mempunyai efek merangsang pelepasan beta endropin yang akan menekan sekresi hormon gonadotropin oleh hypothalamus. Akibatnya adalah penurunan sekresi dari hormon Luteinizing Hormon (LH) yang menyebabkan kegagalan ovulasi.

c. Keuntungan

1) Keuntungan kontrasepsi

- a) Segera efektif
- b) Tidak mengganggu senggama
- c) Tidak ada efek samping secara sistemik
- d) Tidak perlu pengawasan medis
- e) Tidak perlu obat atau alat
- f) Tanpa biaya

2) Keuntungan non kontrasepsi

Untuk bayi :

- a) Mendapat kekebalan pasif (mendapatkan antibody perlindungan lewat ASI)
- b) Sumber asupan gizi yang terbaik dan sempurna untuk tumbuh kembang bayi yang optimal

- c) Terhindar dari keterpaparan terhadap kontaminasi dari air, susu lain atau formula atau alat minum yang dipakai.

Untuk Ibu :

- a) Mengurangi perdarahan pasca persalinan
- b) Mengurangi resiko anemia
- c) Meningkatkan hubungan psikologik ibu dan bayi

d. Kerugian

- 1) Perlu persiapan sejak perawatan kehamilan agar segera menyusui dalam 30 menit pasca persalinan
- 2) Mungkin sulit dilaksanakan karena kondisi sosial
- 3) Tidak melindungi terhadap IMS termasuk kontrasepsi B/ HBV dan HIV/ AIDS

E. Tempat Pelayanan Keluarga Berencana

Tempat-tempat yang dapat melayani KB adalah:

- 1. Dokter dan bidan praktek swasta
- 2. Lembaga masyarakat seperti: posyandu, kelompok akseptor KB
- 3. Lembaga kesehatan seperti: Rumah Sakit, Puskesmas, Klinik Swasta, dll

## DAFTAR PUSTAKA

- Mulyani, Nina Siti, dan Mega Rinawati. 2013. *Keluarga Berencana dan Alat Kontrasepsi*
- Handayani, Sri. 2011. *Buku Ajar Pelayanan Keluarga Berencana*. Yogyakarta: Pustaka Rihama.

Saifuddin, Abdul Bari. 2006. *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi*.  
Jakarta: YBP Sarwono Prawirohardjo bekerja sama dengan JNPK-KR-  
POGI-JHPIEGO/MNH PROGRAM.

## Diisi oleh petugas kesehatan

Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT), tanggal: 8 - 08 - 2018  
 Hari Taksiran Persalinan (HTP), tanggal: 15 - 05 - 2019  
 Lingkar Lengan Atas: 29 cm; KEK ( ) Non KEK (✓) Tinggi Badan: 158 cm  
 Golongan Darah: D<sup>+</sup>  
 Penggunaan kontrasepsi sebelum kehamilan ini: KB suntik  
 Riwayat Penyakit yang diderita Ibu: -  
 Riwayat Alergi: -

Hamil ke III... Jumlah persalinan II... Jumlah keguguran 0... G.M. P.D. A.O.  
 Jumlah anak hidup II... Jumlah lahir mati 0...  
 Jumlah anak lahir kurang bulan 0... anak 3 tahun  
 Jarak kehamilan ini dengan persalinan terakhir 0...  
 Status imunisasi TT terakhir II 4... (bulan/tahun)  
 Penolong persalinan terakhir 0... Biyah...  
 Cara persalinan terakhir\*\* Spontan/Normal [ ] Tindakan

\*\*\* Beri tanda (✓) pada kolom yang sesuai

Tgl	Keluhan Sekarang	Tekanan Darah (mmHg)	Berat Badan (Kg)	Umur Kehamilan (Minggu)	Tinggi Fundus (Cm)	Letak Janin Kep/Su/Li	Denyut Jantung Janin/ Menit
-10-10-19	Tidak ada	120/80	50	8 <sup>+1</sup>		Belum Teraba	
-8-10-19	Tidak ada	120/80	51	(2 t s		Belum Teraba	
-19-10-19	Tidak ada	110/70	52	20 t 6	Jangan banyak puasa	Bal @	
-19-10-19	Tidak ada	120/80	53	25 t s	jangan banyak puasa	U	@ 140 x/m puka.
-19-10-19	Tidak ada	120/80	54	29 <sup>+1</sup> 29	saman	U	@ 140 x/m puka
		/					.
		/					
		/					
		/					
		/					
		/					

[illegible]